LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR: M. LE DOCTEUR AUGUSTE CÉZILLY.

TROISIÈME ANNÉE. N° 1 — Le numéro, 40 centimes.

SAMEDI 1er JANVIER 1881

France et étrang. ab. un an. — 20 fr
Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr

Tout ce qui regarde l'Administration doit être adressé à M. l'Administrateur et tout ce qui concerne la Rédaction à M. le Secrétaire de la Rédaction.

BUREAUX: BOULEVARD SAINT-MICHEL, 105, PARIS



LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3me Année. — N° 1 1er Janvier 1881

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Maurice Raynaud présente à l'Académie, à la séance du 14 décembre, un nouveau mémoire du Dr *Desplats,* professeur à la Faculté libre de Lille, sur « *l'action antipyrétique de l'acide phénique.* » Ce mémoire, appuyé sur treize observations nouvelles, confirme et complète les conclusions données le 8 septembre dernier par l'auteur, à savoir : 1° que l'acide phénique est un antipyrétique pouvant être employé dans toutes les maladies fébriles; 2° que son action est prompte, mais de courte durée; 3° qu'il doit être administré à doses massives et d'une façon intermittente. — Nous pensons néanmoins que cette question de l'emploi de l'acide phénique dans les maladies fébriles a besoin d'être encore longuement étudiée, avant de passer dans la pratique.

M. Péter fait un rapport favorable sur le mémoire de *M. le Dr Jules Worms,* intitulé : « *Des névralgies symétriques chez les diabétiques.* » Sa conclusion, que le fait d'une névralgie double et symétrique, chez un malade, doit toujours faire penser à l'existence du diabète, soulève les protestations de *M. Hardy.*

M. le Dr Boucheron donne ensuite lecture d'un travail sur *La surdi-mutité par compression du nerf acoustique ou par otopiesis.* Chez deux très-jeunes enfants, à la suite d'un catarrhe naso-pharyngien, l'inflammation s'est propagée dans la caisse du tympan par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, a amené le gonflement de la muqueuse et, comme conséquence, l'oblitération de la trompe et la compression du nerf acoustique ou *otopiésis.* Les indications thérapeutiques, dans ce cas, sont : « 1° de lever la compression du nerf acoustique, ce qu'on obtient par les insufflations d'air dans la caisse ; 2° de diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse des trompes par des cautérisations pharyngées. »

Election. — *M. Brouardel* est élu membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, par 62 voix sur 80 votants; M. Gallard obtient 13 voix, M. Besnier, 3; MM. Lunier et Legrand du Saulle, 1.

Séance du 21 Décembre 1880. — L'Académie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1881. *M. Legouest,* vice-président pour 1880 (en remplacement du regretté professeur Broca) passe de droit président. *M. Gavarret* est élu vice-président par 51 voix sur 77 votants ; *M. Bergeron* est réélu secrétaire annuel.

La séance s'est terminée par une communication très-intéressante de *M. Guéniot,* fournissant une réponse positive sur la question si controversée de savoir si *les nœuds du cordon ombilical, dégagés de toute complication adjuvante, peuvent déterminer la mort du fœtus.* Dans l'observation de M. Guéniot, il s'agit d'une grossesse gémellaire dans laquelle les deux fœtus sont morts au huitième mois. Au moment de la délivrance, M. Guéniot constate un nœud complexe avec enroulement des deux cordons ; ce nœud, en arrêtant la fonction circulatoire avait occasionné la mort des deux fœtus qui d'ailleurs étaient bien conformés et développés.

La mère n'ayant éprouvé aucun accident et jouissant d'une bonne santé, l'arrêt seul de la cir-

culation pouvait être invoqué comme cause de mort.

Chose remarquable, la mort du fœtus premier-né semblait remonter à huit jours; celle du second, seulement à six jours.

Election. M. Boutet est élu membre correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

Dr J. G.

Un journal politique avait rapporté qu'un malade de l'hôpital du Midi, poursuivi pour vol et reconnu par un jeune médecin qui lui avait donné des soins a l'étranger, avait été dénoncé et arrêté.

Nous sommes heureux d'apprendre que tout cela est absolument imaginaire. Quelle peut donc être la singulière origine des récits de ce genre? où donc les reporters puisent-ils des renseignements d'une portée aussi odieuse?

Notes de clinique médicale infantile

D'après une conférence de M. Jules Simon, médecin des Enfants malades.

SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (*Suite*).

Trachéo-bronchite — Les signes de la trachéo-bronchite sont en quelque sorte négatifs. On remarque pourtant une toux sèche si la maladie est à son début, grasse quelques jours plus tard. L'absence d'altérations de la voix fera rejeter l'idée d'une laryngite; par ailleurs, à l'auscultation de la poitrine, on ne perçoit pas de bruits morbides pouvant faire songer à une lésion des bronches. Le diagnostic de la trachéo-bronchite a son importance malgré le bénignité de cette petite maladie, car il ne faut pas oublier que les affections des voies respiratoires ont de la tendance à s'étendre vers les dernières ramifications de l'arbre aérien. Il sera toujours prudent d'instituer sans délai un traitement approprié qui consistera principalement en des vomitifs (*ipéca*) et des applications de papier chimique sur le devant du cou et la poignée du sternum.

Bronchite des moyennes bronches. — La toux, d'abord sèche ne tarde pas à devenir humide et grasse. Dans les cas intenses, le chiffre des mouvements respirasoires peut monter à 30 ou même 40 par minute, rarement au delà, tandis que dans la bronchite capillaire, la moyenne oscille entre 80 et 100. Il n'y a pas d'abattement comme dans le pneumonie. La percussion démontre que la poitrine est sonore comme à l'état normal. A l'auscultation, on perçoit un mélange de râles ronflants, sibilants et sous-crépitants dans toute l'étendue de la cage thoracique.

La fièvre, plus ou moins vive, s'accompagne d'embarras gastrique, d'une rougeur intense du visage, d'un éclat inaccoutumé du regard, tous symptômes qui pourraient quelquefois en imposer pour un début de rougeole, et qu'on ne saura raisonnablement interpréter qu'au troisième ou au quatrième jour. Mais supposons que la rougeole ait existé. Elle aura pu évoluer sans attirer autrement l'attention des parents que par la bronchite qui s'est entée sur l'affection primitive et qui lui a survécu. Dans ces cas, il est un moyen qui vous permettra souvent de reconnaitre l'origine morbilleuse de la bronchite. En examinant attentivement la peau, vous trouverez de petites taches couleur café au lait, ou grisâtres et crasseuses, irrégulièrement disséminées sur les parties où siégeait l'éruption rubéolique. — Rappelons en passant que chez l'adulte il arrive d'observer des crachats nummulaires. Il est bon d'être prévenu de ce fait, pour ne pas se hâter de le rattacher à la tuberculose.

Le catarrhe de la fièvre typhoïde, survenant à la fin de cette maladie, les antécédents suffiront le plus souvent pour éclairer le diagnostic.

Traitement. — Si l'enfant est très-jeune, il ne ne faut pas se hâter d'administrer des médicaments. On se borne à prescrire de temps en temps un petit vomitif et des applications de papier chimique sur la poitrine. Mais si le malade est un peu plus grand, voici en résumé le traitement à faire suivre : 1o Repos au lit; 2o vomitifs sous forme d'ipéca; 3o toutes les heures, une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche suivant l'âge de l'enfant, d'une potion qu'on peut formuler ainsi :

Julep gommeux.	no 1.
Alcoolature de racine d'aconit.	V gouttes.
Sirop de belladone	5 gr.
Sirop de Tolu.	30 gr.

En même temps on prescrit du papier chimique ou du coton iodé sur la poitrine.

Bronchite capillaire. — Elle imprime d'habitude un cachet si frappant sur la physionomie du malade, qu'on peut souvent la reconnaître du premier coup d'œil. — La respiration est anxieuse, haletante, les lèvres bleuâtres, la face vultueuse; les veines, distendues, se dessinent sous la peau. — La toux est avortée, se fait à vide. L'enfant est

dans l'orthopnée et cherche à s'accrocher à tout ce qui l'entoure pour mieux respirer. — On se rappellera que la pneumonie franche ne se traduit pas par cet aspect cyanosé, mais plutôt par une prostration rappelant celle de la fièvre typhoïde. En résumé, ce qui domine dans les phénomènes généraux, c'est l'asphyxie, qui peut être subite ou progressive. — Comme signes particuliers, on remarque une sonorité de toute la poitrine, parfois exagérée par places, à cause de l'emphysème concomittant. Le murmure respiratoire, est remplacé par des râles de toute nature, mais ayant tous ceci de commun, à savoir une tendance à la crépitation. On note surtout des râles sous-crépitants fins, et des râles crépitants, éclatant par bouffées et par intervalles de temps. Ils s'entendent dans *toute l'étendue de la poitrine.*

Broncho-pneumonie. — (Syn. pneumonie lobulaire, pneumonie secondaire). Elle présente les mêmes signes que la bronchite capillaire, avec cette particularité cependant, qu'on perçoit un souffle limité à un point du poumon, et qui se déplace facilement. Sa *mobilité* le distingue de celui de la pneumonie franche.

Traitement. — Le traitement de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie, peut se résumer en quelques mots. On soutient de bonne heure le malade en lui donnant de l'alcool, médicament qui présente encore l'avantage d'abaisser la température. On prescrit plusieurs vésicatoires coup sur coup, en ayant soin de changer le lieu de leur application et de ne les laisser que quelques heures en place.

Grippe. — La grippe, est une maladie contagieuse, qui se caractérise surtout par un état général de prostration, assez accentué, et par l'inflammation des voies respiratoires depuis le nez jusqu'aux petites bronches.

Traitement. — On peut user des mêmes moyens que pour la bronchite simple. Les toniques sont nettement indiqués à la période de convalescence.

Coqueluche. — Le diagnostic de la coqueluche est facile. Quant au traitement, il varie un peu selon qu'on a affaire à des enfants à la mamelle (*jusqu'à dix-huit mois environ*), ou à des enfants un peu plus âgés.

Enfants à la mamelle. — Dans la période aiguë, contentez-vous de faire tenir chaudement le malade et de lui administrer de temps à autre un peu d'ipéca. Ce médicament est surtout indiqué à la deuxième période. Il débarrasse l'estomac des crachats qui s'y sont accumulés, dégage les bronches, favorise l'excrétion de la bile, et diminue par son émétine, la sensibilité de la muqueuse aérienne. Si les quintes de toux sont fréquentes, on donne matin et soir, dans de l'eau sucrée, *une goutte* de la mixture suivante :

Alcoolature de racine d'aconit. }
Teinture de belladone } ââ 10 gr.

On peut aller jusqu'à prescrire trois et quatre gouttes le matin et autant le soir, mais il faut diminuer les doses aussitôt que l'état nerveux de la toux tend à disparaître.

Chez cette catégorie de malades, la coqueluche se complique souvent de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie.

Seconde enfance. — A partir de dix-huit mois, et surtout de deux ans, cette affection devient moins dangereuse. On peut lui considérer trois périodes.

1° Période de la bronchite. — Même traitement que pour la bronchite simple : repos au lit, boissons chaudes, vomitifs.

2° Période de la toux quinteuse. — Les quintes de toux sont nombreuses le jour, mais plus fréquentes la nuit. On donnera l'ipéca deux fois par semaine. Administrez en même temps un mélange d'alcoolature de racine d'aconit et de teinture de belladone, à la dose de IV gouttes le matin et autant le soir. On peut augmenter progressivement le nombre des gouttes, à condition de surveiller les effets de la belladone, et de suspendre le médicament ou tout au moins d'en diminuer la dose, lorsqu'on vient à constater la dilatation de la pupille, la rougeur de la face, l'éclat brillant des yeux. Interrompez également cette médication, le jour où vous administrerez un vomitif, car l'absorption étant alors plus facile et plus complète, vous pourriez avoir des phénomènes d'intoxication. — Tous les jours, après le déjeuner, le petit malade prendra une infusion de café qui aura pour résultat de corriger un peu l'effet des *nervins* et de rétablir les fonctions digestives. — L'enfant passe ainsi deux mois environ, puis il entre dans la période de convalescence.

3° Convalescence. — A cette période, il ne faudra plus donner de médicaments qui s'adressent au système nerveux. Insistez plutôt sur les toniques : huile de foie de morue, vin de quinquina, arsenic, à l'heure des repas. Prescrivez enfin le changement d'air; c'est ici surtout que cette indication a

sa raison d'être, et produit de bons effets. Elle est complétement inutile, sinon dangereuse dans les premières périodes de la maladie.

Parfois la bronchite et l'emphysème persistent longtemps encore. Il peut y avoir aussi de l'adénopathie-bronchique ; ceci nous conduit tout naturellement à parler de cette affection.

Adénopathie bronchique. — Les maladies des voies respiratoires, et plus particulièrement la coqueluche, peuvent donner lieu à l'engorgement des ganglions qui accompagnent la trachée et les grosses divisions bronchiques.

Troubles fonctionnels. — L'adénopathie bronchique produit généralement un sentiment d'oppression. Chez l'enfant on remarque une dyspnée allant parfois jusqu'à des accès de suffocation. La toux est humide, parfois sèche, nerveuse, quinteuse, et peut ressembler à celle de la coqueluche. La voix est souvent grosse, creuse. L'enfant tousse comme dans la laryngite chronique et peut être atteint de cornage.

Signes physiques. — Ils n'existent pas toujours. On peut cependant maintes fois constater une diminution du murmure respiratoire, de l'apnée. Comme les ganglions du hile du poumon sont très souvent atteints, on notera fréquemment une respiration rude et soufflante au niveau de la deuxième et de la troisième vertèbres dorsales, respiration donnant parfois un bruit de souffle amphorique ou caverneux. Ces signes stéthoscopiques n'existent pas aux sommets. Cette particularité, jointe à l'absence de gargouillements dans les cas de souffle caverneux feront rejeter l'idée d'une cavité tuberculeuse du poumon. La face peut être vultueuse par suite de la compression des veines pulmonaires ; l'irritation du pneumogastrique provoquera parfois des vomissements. D'autres troubles, résultant du voisinage de certains nerfs comme le récurrent, pourront également se produire.

De ce qui précède, retenons bien ceci : les affections des voies respiratoires et surtout la coqueluche amènent parfois une affection (adénopathie bronchique) qui peut simuler la bronchite tuberculeuse.

Traitement. — Contre la tuméfaction ganglionnaire, employez à l'extérieur des révulsifs, sous forme de vésicatoires volants répétés, d'huile de croton tiglium mitigée avec l'huile d'amandes douces, de teinture d'iode, de coton iodé. Insistez sur ces moyens pendant plusieurs semaines. — A l'intérieur donnez le matin, un verre à bordeaux ou un grand verre selon l'âge, d'eau du Mont-Dore qu'on alternera avec du lait d'ânesse. Prescrivez la teinture de ciguë en potion, à la dose de V à X gouttes par jour.

Pendant huit ou dix jours consécutifs, administrez 15 à 30 centigrammes d'iodure de potassium. En même temps on peut faire prendre l'arsenic en employant la liqueur de Fowler.

L'iodure de potassium et l'arsenic se donnent à l'heure des repas, la teinture de ciguë à jeun. Contre les quintes de toux trop rapprochées, un vomitif d'abord, puis l'alcoolature de racine d'aconit et la teinture de belladone seront utiles. Si le pouls est petit, un peu de digitale donnera du ton au cœur.

En outre, les toniques sont clairement indiqués dans cette affection : huile de foie de morue, vin de quinquina, phosphate de chaux, etc.

Toutes ces médications seront suspendues un ou deux jours par semaine et l'on profitera de ces moments de répit pour donner le soir, un peu de magnésie qui nettoiera le tube digestif.

Enfin les Eaux-Bonnes seront un adjuvant utile de la médication précédente, pour combattre l'adénopathie bronchique.

Dr E. S.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Recouvrement des honoraires.

Nous avons déjà donné trois formules (Concours médical n° 51, année 1880) que le médecin pourrait employer pour le recouvrement de ses honoraires. Il serait à souhaiter que la formule n° 1 fût adressée aux clients à la fin de janvier. Si la première restait sans effet, la formule n° 2, devrait être envoyée le 1er juillet.

Enfin trois mois après, c'est-à-dire vers le 1er septembre, on ferait une 3e et dernière demande de payement, conçue ainsi :

« Monsieur, — je vous informe que n'ayant pas reçu votre réponse à l'envoi de ma note d'honoraires qui vous a été remise à deux reprises cette

année, j'en ferai percevoir, le montant à votre domicile par le facteur des postes qui vous en délivrera reçu. »

Cette troisième formule, nous semble préférable sous plusieurs rapports à celle qui a été donnée dans le nº 51.

Nous engageons vivement les membres du Concours médical, et surtout nos jeunes confrères à prendre délibérement la résolution de se conformer à cette règle de conduite. Nous savons bien qu'il se rencontrera parfois un concurrent qui, se croyant bien avisé pourra, en ne suivant pas leur exemple, s'imaginer qu'il conquerra quelques clients. Qu'ils ne lui envient pas ce futile triomphe; le feu ici n'en vaut pas la chandelle, et parlant encore par proverbe, nous ajouterons : pour un client de perdu, dix de retrouvés.

Le client mis en demeure de s'acquitter par notre « *compelle remunerare,* » s'il vient à s'exécuter, ne trouvera pas en cela une raison suffisante pour quitter le médecin. On ne tient en effet qu'à ce qui coûte.

Que mes confrères ne regrettent pas des clients qu'ils auraient perdus néanmoins tôt ou tard sans avoir reçu de leur part aucune rémunération. Ils se consoleront facilement de leur sacrifice apparent, par la satisfaction de voir la cohue des insolvables ébranler la sonnette de nuit du trop malin concurrent. Nous savons par expérience, que ce sont ces clients qui impriment les plus vigoureuses secousses à ce redoutable ennemi de notre repos.

II

A propos des traites médicales, on nous demande : Le mode de recouvrements préconisé par le Dr S. (*Concours*, nº 50), peut-il s'appliquer à des débiteurs *non commerçants*, (en temps que solvables et poursuivables) ou seulement à des *commerçants*, dont la qualité doive être énoncée en la traite?

Ces traites doivent-elles porter la mention : *avec frais ?*

En cas de non payement à présentation, dans quel ordre s'exécuteraient les poursuites? Est-ce l'endosseur qui poursuit directement le débiteur, ou bien poursuit-il d'abord le médecin-tireur, sauf à celui-ci à retomber sur son mauvais client.

Réponse : Sur le premier point, on a, en principe, le droit de faire traite sur toute personne qui doit, qu'elle soit ou non commerçante; la différence qui résulte, en cas de non payement, c'est que le non commerçant est justiciable du tribunal civil, tandis que le commerçant est déféré au tribunal de commerce, dont la justice est plus rapide et plus sommaire que celle du tribunal civil.

Deuxième point : Il est inutile de mettre la mention : *avec frais*, toute traite impayée devant être protestée pour réserver les droits du tiers-porteur : les frais sont de rigueur ; même la mention : *sans frais*, ne peut empêcher le tiers-porteur de faire faire protêt pour sauvegarder ses droits.

Troisième point : en cas de non payement d'une traite à présentation, le tiers-porteur est absolument libre de diriger les poursuites contre qui il lui plaît, soit contre le tiré, soit contre le tireur, soit contre l'un ou plusieurs des endosseurs.

La marche habituelle des choses est celle-ci : en cas de non-payement, le tiers-porteur fait protester l'effet, puis le présente avec les frais en remboursement à celui qui le lui a remis, et ainsi de suite jusqu'au créateur de l'effet; ou il va directement à celui-ci. Ce n'est guère que lorsque le tiers-porteur ne peut se faire rembourser de celui dont il tient l'effet, qu'il prend en main les poursuites devant une juridiction quelconque, et c'est alors que, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il choisit celui ou ceux contre qui il veut faire ces poursuites.

A ce propos, relevons une erreur de M. le Dr S. qui dit que le fait de négocier une traite médicale à un commerçant transforme cette traite en un effet commercial et rend le tiré justiciable du code de commerce. C'est là une grave erreur : une traite de médecin sur un client non-commerçant, serait-elle endossée par tous les négociants de l'univers, ne serait toujours contre le tiré qu'un titre de créance médicale, et voici ce qui pourrait se produire : en admettant que le tiré non-commerçant ne paye pas à présentation, et qu'un des endosseurs négociants refuse le payement, celui-ci pourrait être poursuivi devant le tribunal de commerce ; mais le tiré non-commerçant ne pourrait être poursuivi que devant le tribunal civil.

A notre avis, l'emploi de la traite ne peut être utile qu'avec les clients commerçants; avec les autres, on fera bien de se contenter du recouvrement par la poste, mode qui a bien son mérite.

III

Je m'intéresse vivement aux articles d'intérêt professionnel qui sont traités dans le Concours médical. Je crois en effet que le plus grand nombre des médecins de campagne se trouvent dans la situation indiquée par plusieurs des correspondant. Je vois que les questions sont les mêmes pour tous, question de la rentrée des honoraires, de l'inspection des nourrissons, question des affaires de justice.

Permettez moi sur la 1ere question de vous dire ce que j'ai fait cette année. Je crois, quant à moi, ma manière de faire préférable à tout ce que vous avez indiqué jusqu'ici. — Du moins cela m'a bien réussi — sauf les quelques criailleries inévitables de quelques mauvais payeurs — J'ai envoyé toutes mes notes par la poste, c'est-à-dire que la poste s'est chargée de faire tous mes recouvrements par l'entremise de ses facteurs; dans l'espace de huit jours j'ai touché une somme relativement importante. Dans n'importe quel bureau de poste, le receveur vous expliquera la marche à suivre pour opérer les recouvrements de cette façon. — Pour moi il y a plusieurs avantages. — Les droits perçus par les facteurs receveurs sont assez minimes — les facteurs sont intéressés à se faire payer, puisque quand on ne les paie pas et qu'on vient payer le médecin, ils ne touchent pas leur rémunération.

L'argent reçu ne risque pas de s'égarer puisque l'on a affaire à des employés assujettis à rendre

compte de leurs actes et que d'ailleurs la poste vous garantit pour 50 fr. la lettre recommandée contenant les valeurs à recouvrer. Autre avantage. Dans les campagnes, le facteur connait tout le monde, même par les sobriquets, et là où le médecin n'est allé qu'une fois, là où on ne lui a donné qu'un prénom ou un sobriquet, le facteur trouve, alors que le médecin ou un agent étranger à la localité serait bien embarrassé de trouver. L'on peut également par la poste toucher dans les communes qui ne dépendent pas du ressort de la poste d'où vous faites partie; le receveur de votre localité se charge de correspondre avec les autres receveurs et de vous faire envoyer l'argent. Et puis, autre considération : le paysan, qui n'aime pas à donner de l'argent, a de l'amour-propre et quand le facteur auquel on est obligé de remettre tous les reçus acquittés et à découvert lui dit : Mais de quoi vous plaignez-vous ?... pour 5 fr. que vous devez depuis bientôt onze mois etc. Il paie et pense qu'une autre fois il ira payer le médecin avant que le facteur lui apporte sa note.

Je lis dans votre numéro d'aujourd'hui que, dans la Seine-Inférieure, on alloue 4 fr. par an et par nourrisson aux médecins inspecteurs.

Nous sommes bien plus mal partagés dans la Seine-et-Oise, où pour chaque livret rendu on donne 7 fr. Comme on ne rend les livrets que lorsque les enfants ont deux ans (ils cessent alors d'être inspectés) ou quand ils sont morts, deux ans de visites à raison d'une visite par mois donnent (déduction faite de la 1[ere] visite cotée, 2 fr.), 5 francs pour 24 visites mensuelles, soit 2 fr. 50 par an et par nourrisson.

Je ne veux pas dire que le médecin aurait intérêt à voir les nourrissons mourir ou être retirés prématurément par leurs familles, mais il est de fait que cela lui épargnerait bien des fatigues, surtout bien des ennuis de la part des gardeuses de nourrissons.

Agréez, Dr T. B. 20 décembre. 1880

IV

Tarifs des honoraires

On a vu nº 48 du *Concours médical* comment sont taxés les médecins pour leurs déplacements, par rapport aux animaux requis pour corvées.

L'assimilation serait déjà par trop joviale. Mais la législation a été plus loin dans cette voie.

Le médecin qui se déplace, reçoit une subvention bien inférieure à celle qui est délivrée au propriétaire pour la corvée de ses animaux.

Créons des syndicats et nos vœux seront exaucés; il suffira de la manifestation de notre volonté réfléchie.

« *Le médecin doit mourir de faim avec grâce* » dit Gœthe. — Ce n'est guère notre avis, il serait plus souhaitable qu'il mourût grassement.

Le projet de loi soumis aux chambres porte :

Les syndicats professionnels, composés de plus de vingt membres, pourront se former sans autorisation préalable. Une déclaration suffit. Les réunions des syndicats sont affranchies de la présence obligatoire d'un fonctionnaire.

V

Très-honoré Confrère,

Voulez-vous me permettre de vous faire une petite communication sur la médecine gratuite dans la Seine-et-Oise.

Le service a été institué en 1855. On a fait appel à tous les médecins de bonne volonté, sans distinction de titres.

A cette époque, chaque médecin du service fournissait à la fin de l'année, pour chaque malade un bulletin sur lequel il marquait les visites.

Il avait en outre, comme aujourd'hui à faire un rapport sur la statistique des maladies, les épidémies et les causes d'insalubrité, dans sa circonscription.

Tous les cinq ans on distribuait des médailles de bronze, d'argent, de vermeil, d'or, aux médecins qui s'étaient distingués.

On devait même, quand un médecin avait obtenu toutes ces récompenses, lui décerner la croix de la légion d'honneur en séance publique. Depuis 1866 on a supprimé les récompenses honorifiques, les circonscriptions et le bulletin individuel.

Chaque indigent a le droit de choisir son médecin parmi ceux qui ont adhéré aux statuts, et, pour faciliter le contrôle des visites faites par les médecins, on a distribué à chaque individu, porté sur la liste des indigents, un livret sur lequel les visites sont inscrites par le médecin.

A la fin de l'année le maire fait recueillir les livrets, compte les visites faites par chaque médecin. C'est sur ce document, qu'est faite la répartition d'indemnité. Chaque maire doit également mentionner sur cette pièce justificative la somme allouée aux médecins par le Conseil municipal.

Voici comment le conseil d'hygiène répartit les indemnités :

Un médecin a fait cent-dix visites par exemple; le Conseil lui alloue 100 fr. chiffre rond, mais, si ce médecin touche par exemple 40 francs de plusieurs communes, on ne lui délivre qu'un mandat de 60 francs, car on défalque les sommes votées par les municipalités. Il a donc touché 90 centimes par visite. Si le médecin habite une localité où il y a un fleuve à traverser, il débourse, en voiture: temps ordinaire 60 cent. ; quand l'eau est au double, 1 franc ; à pied 0,20 centimes. En cas d'inondation on paie de gré à gré.

Mettons une moyenne de 50 centimes par passage ; reste donc 0, 40 centimes par visite dans les communes situées sur l'autre rive ; de plus, notons le temps que l'on perd à attendre bateau ou bac ; cela fait trois heures pour aller voir un malade à 4 ou 5 kilométres, *3 heures pour 40 centimes!*

Pendant que le médecin qui a réclamé à qui de droit, sans résultat, contre une pareille situation est soumis au *règlement,* le pharmacien pour lequel il y a un tarif (qui n'est pas suivi) gagne ou peut gagner au coin de son feu sur une ordonnance 1 franc ou 1 fr. 50 en dix minutes.

Ainsi l'un a été exposé au vent, au froid, à la pluie ou à la neige pendant trois heures, et l'autre a gagné davantage sans mettre le nez à l'air.

Pourquoi n'applique-t-on plus ce tarif, vieux de vingt-cinq ans il est vrai, et qui n'est plus en harmonie avec les prix d'aujourd'hui, ou pourquoi n'en fait-on pas un autre?

Pourquoi cette faveur au pharmacien ?

L'administration supérieure, dans une circulaire adressée aux médecins en décembre dernier, leur recommande de faire des rapports détaillés sur toutes les branches du service. On fait ce rapport aussi consciencieusement que possible, et..... les honoraires ne sont pas augmentés.

Veuillez agréer,

L. L.

VI

A propos du malaise de la profession médicale. Suppression du deuxième ordre de médecins.

Mon cher confrère,

L'idée qui a présidé à la fondation du *Concours médical* devait être féconde, et il y aura quelque honneur pour vous à avoir conçu cette œuvre aux débuts difficiles et qui reçoit aujourd'hui des adhésions, de tous les points de la France.

C'est que la persuasion, la confiance en la réalisation de l'entreprise sont nées de la justesse du but proposé, ainsi que de la simplicité même des moyens exposés pour l'atteindre.

Et pourtant, les choses les plus simples ne sont-elles pas souventaussi les plus difficiles à faire pénétrer dans l'entendement?..

Je relisais dernièrement, dans la chronique professionnelle du « *Concours,* » l'exposé des causes qui rendent notre carrière si ingrate; l'on met en avant le charlatanisme éhonté et l'insuffisance de répression légale, l'autre la négligence même du médecin à *exiger* ses honoraires; un troisième les dénigrements entre confrères, etc. Tous ces motifs peuvent être justement invoqués, mais le seul réel et qui ait une véritable prépondérance, c'est l'encombrement.

Il y a trop de médecins actuellement.

Que faire pour remédier à cette obstruction ?

Tarir, dans certaines limites, la source.

Et cela, non pas en essayant de détourner les jeunes sujets qui se préparent à la médecine; il est bien téméraire de vouloir les désillusionner.

Il est un spécifique bien autrement héroïque : c'est la suppression des officiers de santé.

Ce moyen s'impose de lui-même par sa simplicité; c'est aussi la thérapeutique basée sur l'*indication*. Elle a été dès longtemps signalée, et il est singulier que l'on continue aujourd'hui à fabriquer, à jet continu, des médecins de deuxième ordre alors qu'il n'y a pas de malades de deuxième ordre, comme le dit Munaret.

C'est la loi dira-t-on! Oui c'est la loi; mais faisons la réformer. Les officiers de santé se joindront à nous, et voudront en vue de leurs enfants le même titre pour tout médecin.

Je ne veux pas abuser plus longtemps de votre sympathique attention, mon cher confrère. — Vous pourriez peut-être me prendre pour un mécontent grognon.

Non, je ne fais pas de polémique acerbe, et je ne veux pas pousser un cri de guerre contre nos demi-confrères. — Qu'ils restent; mais pour en revenir à des conclusions pratiques relativement au sujet qui nous occupe, il serait de l'intérêt commun, de la dignité professionnelle, et enfin profitable à tous, malades et médecins, que l'on demandât *sérieusement* la suppression des officiers de santé.

Dr N.

VII

Nouvelle patente imposée après changement de résidence.

Le Dr B., a quitté au mois d'avril C., dans le département du Gard, pour aller se fixer à B.-L.-R., après avoir payé *intégralement* à C., ses impositions, patentes et autres. Dans sa nouvelle résidence, on lui réclame une nouvelle patente (plus élevée que la première) pour les six derniers mois de l'année.

Notre confrère nous demande notre avis à ce sujet. Nous répondrons, d'après une note du contrôleur de S., afférente à ce cas qui lui a été soumis.

Si le Dr B., n'a laissé dans le département du Gard, qu'il a quitté en avril, aucune habitation meublée, il n'est imposable supplémentairement à sa nouvelle résidence, que dans le cas où la valeur locative de son habitation actuelle serait supérieure à celle de l'habitation qu'il occupait dans le Gard, et alors il serait passible *du droit proportionnel établi sur la différence des loyers.*

La réclamation doit être envoyée au préfet du Loiret, sur feuille de 60 centimes, accompagnée des avertissements du Gard et du Loiret, pour prouver la double imposition, et des quittances des deux percepteurs.

VIII

Projet de manuel de la profession médicale.

Il n'est plus possible de douter qu'en créant le *Concours Médical*, vous n'ayez eu une large conception. On sent que vous marchez d'un pas ferme, et puisque vous faites appel aux lumières de tous, permettez-moi de faire une proposition à tous les adhérents actuels et futurs du *Concours*.

J'espère qu'elle sera comprise et acceptée par tous car elle leur serait légère.

« Contribuons tous, dès maintenant, à fournir les matériaux de l'utile ouvrage qui deviendrait le livre de la déontologie médicale. Que chacun de nous puise dans sa propre expérience et dans les faits de sa pratique, dans les actes de sa vie professionnelle.

On arrivera ainsi à réunir tous les cas, toutes les situations possibles. Ces documents rassemblés à la direction du *Concours*, y seraient coordonnés. Nous réussirons ainsi à édifier en peu de temps ce livre qui comblerait une importante lacune dans l'éducation des médecins.

Enfin nous réaliserions, sur un point, la belle devise de fraternité déjà adoptée par l'un de nos honorables confrères et qui est aussi la devise implicitement contenue dans l'œuvre du *Concours médical*.

TOUT POUR TOUS.

Dr N. Ch. No 219

IX

Exercice de la médecine par les pharmaciens.

Monsieur le directeur

Un petit différend s'est élevé entreun pharmacien et moi, et je viens vous prier de vouloir bien être notre arbitre. Je n'ai nullement intention de poursuivre; votre jugement suffira.

Je reproche au pharmacien de faire de la médecine, car chaque jour des personnes viennent dans son officine lui conter leurs petites misères, et naturellement il ne les laisse jamais partir sans leur *donner* quelques médicaments : purges, pilules de sulfate de quinine de 10 ou 20 centigr., potion calmante, antispasmodique. flacons de trois ou cinq cents grammes de sirop d'écorces d'orange avec bromure de potassium, etc., etc.

A la fin du mois de septembre, je fus appelé auprès d'une personne malade depuis quinze jours et chez laquelle j'ai diagnostiqué une néphrite albumineuse. Le pharmacien lui avait fait administrer deux fois l'huile de ricin et prendre en plusieurs jours environ quinze pilules de sulfate de quinine.

A la même époque il fait administrer pendant plusieurs jours des pilules à une dame atteinte de douleurs dans la tête !

Toujours à la même époque j'ai rencontré une personne qui me dit naïvement: j'ai été bien malade pendant trois semaines, mais bien malade, je suis allé trouver M. X., le pharmacien, qui m'a fait prendre trois espèces de sirop, etc., etc.

Veuillez être assez bon, M. le directeur, pour me faire savoir par l'intermédiaire de votre journal si le pharmacien a raison d'agir comme il le fait.

Recevez l'assurance de ma haute considération.

768. *Membre fondateur.*

Le pharmacien qui consulte et délivre des médicaments parce qu'il croit à une maladie et non à une indisposition passagère, fait une action malhonnête et, de plus, s'expose à des poursuites.

Il faut lui faire entendre, s'il a quelque souci de sa dignité. qu'il ferait les mêmes recettes en laissant aller le malade au médecin et n'exposerait ni son honneur ni la vie du malade.

X

De la loi sur la protection des enfants en bas âge.

3 décembre 1880.

Monsieur et cher confrère,

Je suis avec beaucoup d'attention les articles du *Concours Médical*, dans lequels vous défendez si bien et si à propos les intérêts professionnels qu'on méconnaît trop souvent de nos jours, sous le couvert de cette phrase banale du *dévouement* et de la *philanthropie* des médecins.

Je viens à cette occasion vous apporter un fait qui n'amoindrira certes pas nos convictions communes.

Vous savez comme moi que la loi Roussel vient d'entrer cette année dans une période d'exécution pratique et qu'à partir du 1er janvier 1881 les médecins-inspecteurs, dont les cadres ont été à peu près remplis partout, devront toucher une indemnité dont le taux a été fixé par chaque *Conseil général*.

Vous avez dit, dans un précédent No que le conseil général du département de la Seine-Inférieure vient de décider qu'il serait alloué 4 francs par an et par enfant au Médecin-Inspecteur ; or, celui-ci est aux termes de la loi astreint :

« 1o A 12 visites par an et par enfant ;

« 2o A 12 réunions à la commune pour les commissions locales.

« 3o A délivrer des certificats de nourrice, des bulletins de visite, des registres, etc., etc.

« 4o Il est réquisitionnable par le maire à toute occasion urgente. »

Un pareil service est dont rétribué 4 francs par an ! !

Ne trouvez-vous pas que ce chiffre est complètement dérisoire et que la dignité médicale nous trace le devoir de refuser notre concours ?

Je citerai l'exemple d'un médecin-inspecteur qui, nommé pour deux fortes communes rurales très-étendues, a soixante nourrissons à visiter ; il touchera 240 francs pour près de huit cents visites, vingt-quatre réunions à la mairie, paperasses en quantité, etc., etc. ! !

J'ai toute confiance que mes confrères nommés cette année à l'inspectorat de la loi Roussel, imiteront mon exemple et refuseront jusqu'à une nouvelle décision de faire un service aussi pénible et aussi faiblement rétribué.

La loi Roussel si importante et si utile pour les intérêts vitaux du pays va encore retomber, grâce à la parcimonie des bureaux dans les cartons administratifs où elle dormait depuis 1874.

Agréez, etc. Dr L.

NOTA. Notre confrère devrait exposer cette situation aux associations locales de son département. Leurs bureaux, par une démarche collective, obtiendraient certainement que la rétribution du médecin fût fixée au moins à 12 fr. par an et par enfant, comme dans le département de l'Oise.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'utilité du perchlorure de fer dans la fièvre typhoïde.

Nous recevons à ce sujet, la lettre suivante :

Monsieur et honoré confrère,

Un de vos lecteurs assidus, un de vos premiers adhérents, a l'honneur de vous adresser les quelques notes suivantes à propos de la fièvre typhoïde.

Il y a un an et demi, une jeune fille des environs de ma localité, fut atteinte de la dite maladie

(forme adynamique) avec complications pulmonaires nécessitant l'emploi des ventouses, vésicatoires, etc.

L'état était excessivement grave et j'avertis les parents que je redoutais une terminaison fatale.

A la fin du 3e septonnaire survint une hémorrhagie intestinale qui, je le croyais, allait être le coup de grâce. Je prescrivis le traitement usité en pareil cas : compresses froides sur le ventre et les cuisses, perchlorure de fer à l'intérieur et en lavement. Je croyais certes, ne plus retrouver la jeune personne vivante, et ce ne fut pas sans hésitation que, le lendemain matin, j'allais faire ma visite. Quelle ne fut pas ma stupéfaction de voir à mon arrivée, les parents presque joyeux et la malade, condamnée la veille, hors de danger. De ce jour, la convalescence se fit rapidement.

Frappé de ce fait, je me rappelai avoir lu que les hémorrhagies intestinales étaient souvent favorables, pouvaient être jusqu'à un certain point, considérées comme crise salutaire. Cette opinion était-elle admissible? Pouvait-on voir dans une perte de sang, quelquefois énorme chez un individu déjà bien anémié, un symptôme de bon augure.

N'est-il pas plus juste de regarder le traitement usité en pareil cas, comme la cause de l'amélioration sensible que l'on voit alors survenir.

Le perchlorure de fer en un mot, n'est-il pas un agent d'une haute valeur dans la cure de la fièvre typhoïde. Ne l'emploie-t-on pas dans la pourriture d'hôpital, dans la diphtérite, dans les plaies de mauvaise nature; n'agit-il pas comme caustique léger anti-putride, anti-fermentescible et cicatrisant des plaies? La grande quantité de chlore ($Fe^2 Cl^6$) qu'il contient explique suffisamment ses propriétés anti-putrides. Or que doit-on rechercher à la fin de la deuxième semaine? Après avoir modéré la fièvre dans la première période, ne doit pas éviter dans la deuxième l'auto-empoisonnement du malade? Le perchlorure de fer remplira ce but mieux que tout autre, il désinfectera le contenu de l'intestin, amènera le détergement et par suite la cicatrisation rapide des plaies intestinales; on évitera donc cette deuxième période de la maladie due non plus au virus typhique mais à l'absorption de matières en putréfaction.

Depuis l'observation mentionnée plus haut, j'ai employé ce remède chaque fois que l'occasion s'en est présentée, et chaque fois le résultat a répondu à mon attente.

Malheureusement je ne suis pas dans des conditions favorables pour continuer mes essais et régler un mode de traitement qui je crois devra donner de beaux résultats.

J'emploie le perchlorure à l'intérieur dès le début et en lavement dès la deuxième semaine.

Je ne saurais trop engager mes confrères à essayer de ce moyen.

Veuillez agréer, etc.

Dr Bertrand.

Flavigny-s.-Moselle.

CONCOURS DE L'INTERNAT.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le mercredi 22 décembre 1880, par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

Internes titulaires. 1. Jarry; Gilbert; Wickham; De Langenhagen; Bouicli; Richardière; Gendron; Manaud; Attinger; Ricard.

11. Lecoq; Tissier; Lermoyez; Gallois; Metaxas; Pillot; Boulland; Sené; Pennel; Darier.

21 Marey; Shcæk; Coleville; De Molènes; Pignot; Gauthiez; Chéron; Uribe; Bodinier; Leprevost.

31. Lebreton; Charrin; Valude; Greffier; Barbulée; Barbe: Lejard; Chaput: Bonnaire; Sapelier.

41. Catuffe; Lexal-Piquechef.

Internes provisoires. 1. Bottey; Malibran; Marciguey; Wins; Brodeur; Gilles de la Tourette; Hamonick; Salat; Wouillamier; Brossard.

11. Duflocq; Feulard; Poupon; Gomot; Luquet; Pruche; Dange; Cayla; Legendre (P.-L.); Boursier;

21. Delotte; Clado; Boucher; Frémont; Toupet; Perrin; Bottez; Didion; Mancet; Bucquet.

31. Dutertre; Ribetou; Sauze; Ribail; Durand-Fardel; Beurnier; Jaurand.

CONCOURS DE L'EXTETNAT

Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé le mercredi 15 décembre 1880 par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

1. Villar, Varnier, Hartman, Hontang, Roger, Hallé, Gouttière dit Cachera, Demoulin, Pignot, Huet, Wickam, Jeanton, Bucquet, Montprofit, Bouttier, Vuillamier, Diez, Malibran, Mérigot de Treigny, Duchon-Doris,

21. Vallet, Uribé, Callois, Butruille, Regnaudl, Loppé. Doyen, Didion, Martin, Leflaive, Hervé, Lejard, Langlois, Chrétien, Poupon, Roussel, Braine, Dieudonné, Martin de Gimard, Girode.

41. Vallois, Ayrolles, Proust, Queyrat, Desgoffe, Demelin, Ménager, Michel, Dortel, Hamon, Festal, Champeil, Callais, Soyer, Simon (Marie-Paul), Delon, Baena, Moulinet, cotton, d'Englesqueville.

61. Charier, Veret, Debrand, Graverry, Godet, Chaslin, Delahaye, Gosselin, Bœhlher, Leval-Piquechef, Lhirondel, Pennel, Cayla, Courbatieu, Bouygues, Hitier, Guinon, Springer, Secheyron, Campart.

81. Reverchon, Duron, Depierris, Rousseau, Lancry, Aurière, Aron, Carbou, Charles, Chayé, Ranguedat, Gaudichier, Richer, Jaurand, Castenada, Narich, Bourrel, Lallot, Potocki, Ronsin.

101. Carlet, Dutertre, Turbert, Pollier, Reboul, Deschamps, Filibilin, Fournier, Bataille, Giboteau, Duroselle, Levêque, Alexandre, Grandhomme. Legrain, Courtade, Grisel, Picard, Jacquelot, Costilhes.

121. Fournel, Lafille, Cordier, Collache, Quermonne, Ruiz y Diaz, Robert, Lefèvre, Dalché de la Rive de Desplanels, Collin, Hirschmann, Devis, Ricoux, Ribeton, Gautier, Hirschfeld, Bottey, Bouyer, Bolognesi, Fourrier.

141. Dupré (Arthur), Oursel, Mernel, Cadiz, Caillet, Planès, Marieux, Renouard, Landa, Rogier, Bellier, Gaillard. Dewèvre, Pichevin, Lhomme, Hainaut, Casanova, Tourneur, Renard, Michaux.

161. Chauveau, Chaussat, Pillot, Oudrille, Fauvelle, Guigo, Brossard, Sardou, Jailles, Lengueville,

Nicolas Berne, Dupont, Maron, Rigolet, Guyon, Pesme, Lanel, Carlier, Faille.

181. Sarazin, Bertrin, Gomot, Vénégas, Monnet, Jutelet, Klippel, Cahn, Cazaux, Ringeisen, Besançon, Buret, Fleury, Dutheil, Olivier, Pinel-Maisonneuve, Puistienne, Torkomian, Gouly, Coumailleau.

201. Boutarel, coulon, Dupré (Henri), Veil, Lachaud, Banvillet, Bessière, Hélie, Triboul, Grimodie, Genesteix, Verdié, Gourichon, Leter, Leblond, Lassègue, Dupré (Pierre), Barancy, Grenet, Boularan.

221. Magniatis, Lemoyne, Vincent, camescasse, Bouchut, Denux, Parreno, Emourgeon, Duriau, Martha, Imberdis Trilhe, Raldiris, Vauthier, Robin, Trévelot, chambert, Monique, Féolde, Bogdan.

241. Bosset, Mulette.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du cal douloureux. — Gosselin. Quand les douleurs qui ont leur siège dans le cal d'une fracture, sont d'origine névralgique, on doit chercher à les combattre par l'emploi des vésicatoires, des révulsifs cutanès, et en particulier de la teinture d'iode. On peut également recourir aux douches chaudes ou froides, aux douches sulfureuses, aux eaux thermales, aux frictions avec le liniment chloroformé. Enfin, le bandage roulé et ouaté jouit d'une efficacité incontestable ; il diminue sensiblement la douleur, en soustrayant le membre aux petits chocs qui ont pour effet d'entretenir l'état douloureux. — N. G.

(*Union Médicale*).

Nous avons cru être utiles à nos lecteurs en faisant connaître un ouvrage du Dr Thomas, professeur à l'Ecole de Tours, sur les opérations chirurgicales d'urgence. Ce livre se distingue surtout par son côté essentiellement pratique. Nous donnerons de temps en temps le résumé des passages qui nous paraitront les plus intéressants.

DU TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES

Quand un écoulement sanguin par le nez est assez considérable pour menacer la vie du malade, tout le monde sait qu'il faut recourir au tamponnement en obturant l'orifice antérieur et l'orifice postérieur des foses nasales : le sang retenu entre ces deux obstacles artificiels, se prend en caillot et par la compression exercée sur les parois, détermine l'arrêtde l'hémorragie.

L'instrument communément employé et connu, est la sonde de Belloc. Nous ne nous arrèterons ni à sa description, ni au manuel opératoire qu'elle comporte : tout le monde les connait. M. le Dr Thomas (de Tours), a apporté une légère modification *à l'opération rendue ainsi plus commode.* Avant d'introduire la sonde de Belloc, on passe dans la perforation du bouton un fil de 40 à 50 centimètres de longueur. On le noue à ses deux extrémités. Puis, la sonde introduite selon le procédé classique, on saisit avec une pince, dans le fond de la bouche du patient, non plus le bec, de la sonde, mais l'anse de fil, qu'il est facile d'amener à l'intérieur. On retire la sonde et il ne reste qu'un fil allant de la narine dans la bouche en contournant le voile du palais. C'est à ce fil que vont être fixés les fils nasaux du bourdonnet de charpie. L'opération s'achève alors à l'ordinaire. Du même coup sont évités les mouvements de déglutition, les efforts de vomissements ; de plus, on peut agir en dehors de la bouche, ce qui est un grand avantage, si on considère que le sang mélangé à la salive, vient encore accroître la gêne de l'opérateur.

Quelques chirurgiens n'emploient pas la soude de Belloc et préfèrent même soit une sonde molle, soit une bougie, soit encore une baguette d'osier mince et flexible. Ces procédés méritent d'être mentionnés, car on peut avoir à pratiquer un tamponnement sans avoir sous la main la sonde de Belloc et le fil de M. Thomas est applicable au même procédé.

Nous devons signaler encore l'instrument inventé par M. Martin St. Ange qui supprime toute manœuvre autour du voile du palais. Une canule à l'extrémité de laquelle se trouve un petit sac de baudruche, qui s'ouvre dans sa cavité, forme tout l'appareil. Un robinet placé à l'extrémité antérieure de la canule l'ouvre ou la ferme à volonté. On introduit l'instrument dans la narine ; quand il est à l'orifice postérieur, ou souffle de façon à distendre le sac ; ou bien encore dans le même but, on injecte de l'eau dans sa cavité. On ferme le robinet. L'orifice nasal postérieur est ainsi obstrué ; un bourdonnet de charpie oblitèrera l'antérieur.

Analogue au précédent, mais bien préférable est *la pelote à tamponnement* de M. le Dr Gariel. Cet instrument se compose d'une sonde de caoutchouc terminée à son extrémité fermée par un renflement olivaire ou piriforme peu sensible à à l'état de vacuité, susceptible de prendre par l'insufflation un développement considérable. Cette sonde molle et flexible, ne peut être introduite sans un mandrin, et doit être dirigée droit où presque droit ; il ne faut pas en effet, qu'elle arrive jusqu'au voile du palais, mais s'arrête à l'orifice postérieur des fosses nasales. Le mandrin métallique pourrait traverser le caoutchouc ; M. Gariel pour conjurer ce danger place le renflement non pas à l'extrémité *de la soude, mais à* un centimètre de cette extré-

mité, disposition qui permet de terminer la sonde par un petit dé de métal qui reçoit l'extrémité du mandrin ; le bout antérieur de la sonde est encore, cela va sans dire, armé d'un robinet.

L'instrument une fois introduit la pelote est dilatée par insufflation directe ou mieux avec une poire en caoutchouc. On ferme le robinet ; l'orifice postérieur des fosses nasales est obstrué. L'antérieur sera facilement bouché, comme plus haut, avec un bourdonnet de charpie.

Les tamponnements devront rester en place 24 ou 48 heures, pendant lesquelles le repos sera conseillé au malade.

BIBLIOGRAPHIE

Ceux qui n'auraient pas encore fait choix de livres d'étrennes, trouveront également de quoi satisfaire leur goût à la librairie Garnier frères, dans laquelle nous leur recommanderons tout particulièrement *les souliers rouges* (un vol. in-8o avec illustration de Yan' Dargent). C'est une suite de contes très-intéressants dus à Andersen, le Charles Perrault du Danemark et traduits avec beaucoup d'élégance par Ernest Grégoire et Louis Moland.

Ils forment une série digne d'être comparée à ses aînées les *Contes Danois* et les *Nouveaux contes Danois*, traduits par les mêmes auteurs et illustrés par le même artiste. *Les souliers rouges* sont assurés du même succès que les précédents. Nous voudrions aussi parler de la nouvelle *galerie des grands écrivains français* tirée des *Portraits littéraires* et des *Causeries du lundi* de Sainte-Beuve. C'est un beau volume in-8o jésus illustré de portraits gravés au burin par MM. Gouttière, Delannoy, Nargeot, etc, et qui complète la *Galerie des grands écrivains français*, puisée aux mêmes sources.

Que n'aurions-nous pas à dire également d'un autre magnifique volume in-8, *la femme jugée* par les grands écrivains des deux sexes, la femme devant Dieu, devant la Nature, devant la Loi et devant la Société, riche et précieuse mosaïque de toutes les opinions émises sur la femme, depuis les siècles les plus reculés jusqu'à nos jours, par les moralistes, les Pères de l'Eglise, les historiens, les poëtes, etc. » Ce livre dû à L.-J. Larcher est enrichi de vingt superbes gravures sur acier d'après les dessins de Staal.

La Librairie Reinwald nous présente un ouvrage bien différent par la forme et par le contenu : *le Livre de la nature*. Ce n'est autre chose qu'un résumé clair et concis de ce que nous savons en physique, astronomie, chimie, minéralogie, géologie, botanique, physiologie et zoologie, par le docteur Frédéric Schœdeler et traduit sur la 18e édition allemande, par Adolphe Scheler et Henri Welter.

Ces deux volumes in-8, avec leur mille vingt-six gravures dans le texte, deux cartes astronomiques et deux planches coloriées forment une des meilleures introductions pour ceux qui veulent apprendre à lire dans *le Livre de la nature*, la nature qui, pour employer l'expression de Gœthe, n'est nulle part morte ni muette, pour l'observateur attentif. Dr A. B.

ERRATUM. — A la page 617 de notre no 51 il s'est glissé une erreur dans la formule que nous donnions dans nos notes de thérapeutiques. M. le Dr Huchard a bien voulu nous la signaler et nous nous empressons d'insérer sa rectification.

Au lieu de :

Eau distillée de menthe 250 gr.

lisez :

Eau distillée 250 gr.
Eau de menthe 10 gr.

Le reste de la formule est exact.

L'HOPITAL DU HAVRE

Le Jury chargé de se prononcer sur le concours ouvert pour la construction d'un hôpital, s'est réuni hier à l'Hôtel-de-Ville, et a classé comme suit les projets soumis à son examen :

1er prix (6,000 fr.) : Plan portant pour épigraphe : « Spes » no 1 ; auteur, M. L. David, architecte à Paris.

2e prix (3,000 fr.) : Plan portant pour marque une ancre rouge ; auteur, M. Marius Toudoire, architecte à Paris.

3e prix (1,000 fr.) : Plan portant pour épigraphe « Spes » no 4,466 : auteurs, MM. Toutain, architecte, et le *docteur Maze, du Havre*.

Les plis cachetés se rapportant aux neuf autres projets, n'ont pas été ouverts. Les auteurs de ces projets pourront les faire réclamer à l'Hospice, à partir du 1er janvier prochain.

Nous sommes heureux de signaler la récompense attribuée au plan proposé par M. le Dr Maze, membre du *Concours Médical*.

AVIS

Le poste médical de Juzennecourt (Haute-Marne) est vacant et à prendre de suite. — S'adresser au maire de la commune.

Pour constituer, très promptement, un *album des membres du Concours médical*, la direction serait très obligée à tous les adhérents de faire la gracieuseté d'envoyer leur photographie, avec une carte de visite, jointe à l'envoi ou l'inscription, très lisible, au dos de la photographie des noms, prénoms et résidence de l'envoyeur. Elle veut espérer qu'on se fera un devoir de se rendre à cette invitation confraternelle.

Les réclamations pour irrégularités de la poste, se reproduisent : pour faire pratiquement une réclamation qui produise ses effet, il est nécessaire qu'on nous renvoie les bandes des numéros en retard. Insérer la bande sous enveloppe ouverte à cinq centimes.

PETITE CORRESPONDANCE

On demande : que peut faire le médecin qui ayant donné des soins à une femme mariée, pour des pertes utérines (suites de manœuvres abortives), se voit ensuite nier les soins par la femme et refuser le paiement par le mari. Doit-il dans ce cas respecter le secret médical en justice de paix?

En pareil cas, à notre sentiment, le plus simple est de ne pas insister pour recouvrer sa dette.

Quelques-uns de nos confrères ont-ils employé des coussins à eau ou à air dans le traitement des fractures de la jambe? Quelle est leur opinion sur ce genre de coussins? Suppriment-ils complètement la douleur du talon? Permettent-ils une contention exacte?

CORRESPONDANCE

— Dr P., à A., 12 décembre.
Il faut que, pour cet emprunt, vous présentiez un garant que vos versements-assurance se feront régulièrement. On recherche la combinaison qui pourra vous convenir.

— Dr B., à B., 15 décembre.
La Compagnie la New-York a dû vous fournir tous les renseignements. Dès que vous deviendrez des nôtres, vous participerez aux avantages de la *Caisse de prévoyance* des assurés du *Concours Médical*.

— Dr L., à B. (Gironde), 2 décembre.
Vous avez dû recevoir également tous les renseignements de la Compagnie.

— Dr B., à M. (Somme), 20 décembre.
Nous souhaitons que tous ceux qui, comme vous, ont assisté à la réunion du 16, rendent au *Concours* les mêmes services que vous.

— Dr L.-S., à V., 20 décembre.
C'est avec grand empressement que nous vous comptons au nombre des membres du *Concours*. Vous voulez être membre payant ; nous devons vous remercier de cet acte de concours pécuniaire.

— Dr D., à C. (Tarn-et-Garonne).
Vous êtes inscrit depuis longtemps membre du *Concours* et si vous recevez irrégulièrement, vous devez réclamer toutes les fois qu'un numéro ne vous parvient pas, *par lettre non affranchie, à M. Dusaulchoy, inspecteur des postes, place du Carrousel, Paris*. Cela suffira à assurer votre service.

— Dr L.-C., à D., 20 décembre.
Réclamez de la même façon.

— Dr D. V., 981, 20 décembre.
Merci de votre envoi de renseignements sur le fonctionnement de la loi Roussel, dans votre région.

— Dr G., à B. (Haute-Savoie), 20 décembre.
On fera votre abonnement au *Journal de la Jeunesse*.

— Dr R., à C. (Aude), 20 décembre.
Reçu le traité. Oui, ce récit serait instructif pour nous.

— Dr M., à M. (Vendée), 21 décembre.
Merci de votre propagande. Les numéros de 1880 qui manquent à nos collections et que nous réclamons instamment, sont les *18*, *28* et *37*. Disposez des autres pour vos amis.

— Dr M., à L. (Rhône).
Vous pouvez écrire directement à la New-York. Nous vous avons envoyé le no 15 qui vous renseignera.

— Dr D., à A. (Charente).
Vous étiez déjà inscrit parmi les membres du *Concours*.

— Dr C., à M. (Isère), 21 décembre.
Nous inscrivons votre ami M. R. de St-P. à titre provisoire. Il devra, pour la régularité, nous écrire son adhésion.

— Dr F., 398, 21 décembre.
En effet, un chirurgien militaire ne peut permuter de grade avec un chirurgien de marine et quand on a donné sa démission il faut reprendre la filière pour reconquérir ses grades. Vous dites pour renseigner le Dr M. : « *Il y a cinq classes de médecins de colonisation, rémunérés 3,000 fr., 3,500, 4,000, 4,500 et 5,000 fr. L'avancement en classe peut avoir lieu au bout de deux ans. Les épidémies peuvent motiver un avancement plus rapide. On ne débute plus par 2,400 fr., mais par 3,000 fr., on reçoit une indemnité de log ement de 500 fr. et on a droit à une retraite. On peut souvent faire de la pharmacie. Dans chaque poste les indigents seuls dont la liste est dressée toutes les années par les maires, ont droit aux soins gratuits du médecin. Les autres habitants doivent le rétribuer. Pour obtenir un poste, un* docteur en médecine *n'a qu'à adresser sa demande au préfet du département algérien de son choix, accompagnée d'une copie certifiée conforme de son diplôme et attendre sa nomination.* »
Réponses à vos questions : 1o 0,25 cent. par exemplaire. 2o Le no 52 répond à votre question. 3o On répétera l'avis sans frais. 4o Oui, avec un propriétaire qui vous présentera toutes garanties. Organisez ce service à notre place.

— Dr L., Paris, 22 décembre.
Votre indication nous facilitera les recherches.

— Dr D., à F. (Ariège), 22 décembre.
Vous dites : « *Le médecin, occupant un poste tel que état civil, bureau de bienfaisance, dispensaire, salubrité, hôpital, peut-il être nommé conseiller municipal en conservant les situations mentionnées.* » Réponse : Oui, sans aucun doute. En vous remerciant de ce que vous ajoutez de personnel.

— Dr B., à B. (Maine-et-Loire), 23 décembre.
Puisque l'année n'est pas favorable, il est préférable de renvoyer à l'année prochaine, sous tous les rapports. Merci pour nous. Oui, si ces renseignements sont fournis par les nôtres ; c'est le seul moyen d'éviter les déceptions. Nous vous avons déja dit que cette foule d'annonces recouvrait des piéges.

— Dr D., 391.
La liste ne sera publiée que ces jours-ci. On vous la transmettra.

— Dr D., 291 (Nord).
Vous trouverez, dans le numéro du jour, la liste réclamée par votre carte du 8 décembre.

— Dr S., à T. (Var), 22 décembre.
Oui, nous vous consulterons à titre officieux, dans un cas outeux pour le Comité. Ce sera pour nous un concours précieux. L'insertion d'un travail que vous jugerez profitable à nos lecteurs, ne le serait pas moins.

— Dr L., à T. (Haute-Garonne), 23 décembre.
Merci des deux adhésions que nous vous devons et de leur qualification.

— Dr V., à A. (Algérie), 24 décembre.
Nous avons déjà utilisé, vous l'avez vu, votre renseignement, pour rectifier ceux que nous avions donnés. Nous conserverons le numéro du *Mobacher*, pour en user à l'occasion. Nous vous sommes obligés de l'envoi d'un des numéros que nous réclamons.

— Dr R., à B., 24 décembre.
Vous avez raison : « *Une association de médecins, qui ne se réunit qu'une fois par an, a peu de chances d'aboutir à des résultats considérables.* » Oui, le journal qui nous permet de nous entretenir une fois par semaine peut être le trait-d'union.

— Dr J., à F. (Pas-de-Calais), 24 décembre.
Aux conditions que vous voudrez.

— Dr B., à P.
Envoyé la formule, selon votre désir, au Dr M., à M.

— Dr C., à M. (Charente). — Dr F., à B. de L. (Haute-Garonne). — Dr C., à T. (Haute-Garonne). — Dr Le R., à B. (Manche). — Dr Le G., au H. (Seine-Inférieure). — Dr G., à C. (Mayenne). — Dr C., à C.-s.-M. (Marne). — Dr M., à P. (Seine-et-Oise). — Dr B., à S. (Loiret). — Dr T., à A. (Maine-et-Loire).
Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

8 Janvier 1881 3me Année. — N° 2.

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Nous avons rapporté, dans notre précédent bulletin, une intéressante communication, faite à l'Académie, par *M. Guéniot*, sur les nœuds du cordon ombilical.

Dans la séance du 28 décembre, *M. Tarnier* a attaqué les conclusions que M. Guéniot avait tirées de son observation. D'abord, dit *M. Tarnier*, il est certain que l'on trouve souvent des nœuds du cordon, alors que les enfants sont venus au monde en parfaite santé. Des expériences particulières lui permettent d'affirmer que le liquide injecté dans un cordon passe très facilement, quand on a fait deux nœuds à ce cordon, et passe encore, quoique plus difficilement, quand on a fait trois nœuds très serrés. Comme, dans le cas de M. Guéniot, il n'y avait qu'un nœud, il est difficile de voir, dans cette disposition, une cause de mort.

De plus, les nœuds naturels, lorsqu'ils sont très serrés, sont en même temps aplatis; or, l'observation de M. Guéniot signale un seul cordon aplati : l'un des deux enfants aurait donc dû être vivant. Mais, en réalité, il n'y avait oblitération des vaisseaux dans aucun des deux cordons, puisque M. Guéniot a constaté lui-même que l'injection, poussée par un des cordons, ressortait par l'autre, après avoir traversé le placenta. En résumé, conclut *M. Tarnier,* dans ce cas, comme dans tant d'autres en obstétrique, il est impossible de savoir pourquoi les enfants sont morts.

MM. Blot et Depaul partagent la manière de voir de *M. Tarnier. M. Guéniot* vient à son tour reconnaître que, dans une expertise médico-légale, il ne pourrait pas affirmer, d'une façon absolue, que le nœud du cordon est une cause certaine de mort. C'est cette conclusion pratique qu'il nous importait de faire connaître.

D'ailleurs la question sera probablement agitée de nouveau à l'Académie, car M. Guéniot a annoncé qu'il avait confié à M. Farabeuf, la dissection de la pièce présentée.

Election. M. Ehrmann (de Mulhouse) est élu membre correspondant dans la section de chirurgie.

La plupart des sociétés savantes ont renouvelé leur bureau la semaine dernière.

A la Société de chirurgie, ont été élus : Président, M. de Saint-Germain; vice-président, M. Labbé; secrétaires, MM. Ledentu et Nicaise.

A la Société médicale des hôpitaux, ont été élus : Président, M. H. Guéneau de Mussy; vice-président, M. Dujardin-Beaumetz; secrétaire général, M. Besnier.

A la Société d'anthropologie, M. Parrot est nommé président; MM. Thulié et Proust, vice-présidents; M. Topinard, secrétaire général.

Dr J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la dystocie occasionnée par la présence d'une tumeur pelvienne; par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

I

Quand l'obstacle à l'accouchement, constitué par l'existence d'une tumeur volumineuse appar-

tenant au col ou au corps de l'utérus, ne peut être vaincu par la nature, ni par l'art à l'aide du forceps, les ouvrages didactiques, d'accord avec les maîtres les plus éminents, donnent invariablement les mêmes conseils. Extirper la tumeur, lorsqu'elle est pédiculée ou que le bistouri peut l'atteindre sans trop de dangers (1); évacuer le contenu de celles qui renferment des produits plus ou moins fluides ; pratiquer l'embryotomie, quand elle est possible et qu'en même temps le volume et la situation de la tumeur permettent encore d'espérer l'extraction de l'enfant mutilé, par les voies naturelles ; enfin ouvrir par l'opération césarienne une issue artificielle au fœtus, quand l'excavation est remplie par la tumeur; voilà les ressources de l'art classique.

De la version, il n'est question nulle part, si ce n'est pour la blâmer sans restriction. Cazeaux dit par exemple : « J'avoue que j'ai peine à comprendre comment la version pelvienne a pu être conseillée et même pratiquée par quelques accoucheurs dans les cas où un polype volumineux remplissait presque tout le vagin. » *Magister dixit*. Faut-il s'incliner sans examen devant cette sévère sentence? Nous ne l'avons pas pensé, et cela pour deux bonnes raisons. Il y a d'abord, ainsi que nous le verrons plus loin, les faits réunis par la statistique, auxquels s'ajoutera celui que je vais relater, et qui donnent tort à ce dogmatisme trop absolu. A l'argument *à posteriori*, tiré de l'observation clinique, se joignent ensuite des considérations *à priori*, que j'aurai soin de développer en leur lieu et qui ont bien leur importance.

OBSERVATION

Tumeur fibreuse du volume de la tête d'un fœtus à terme, implantée en arrière et latéralement dans l'épaisseur du col utérin et ne laissant que le passage du doigt derrière la symphyse du pubis. Ramollissement remarquable de la tumeur sous l'influence du travail. Présentation de la face. Impossibilité de l'extirpation de la tumeur, de l'application du forceps, du céphalotribe, et même des ciseaux de Smellie. Nécessité d'opter entre l'opération césarienne et la version ; arguments en faveur de cette dernière, dont l'adoption est couronnée de succès. Fièvre puerpérale grave; heureux effets de la médication mixte quino-alcoolique.

Madame Auguste D., âgée de trente-six ans, douée d'une bonne constitution, mère de quatre enfants, devint de nouveau enceinte vers le milieu du mois d'août 1879. Sa grossesse fut très-pénible et se passa, pour la plus grande partie du temps au lit ; en tous cas, dans l'inaction. Pendant une certaine période, des vomissements incessants la fatiguèrent beaucoup. On les combattit, non sans succès, par l'emploi de l'oxalate de cérium. A peine avaient-ils cédé, qu'il survint une toux très-opiniâtre. On l'apaisa peu à peu à l'aide des préparations iodées. Cependant il y avait toujours de l'inappétence, de l'insomnie. Enfin les premiers symptômes du travail se manifestèrent le 16 mai 1880.

Le lendemain, à partir de onze heures du matin, les douleurs devinrent très-fortes et fréquentes. Une sage-femme très-expérimentée ne put diagnostiquer la présentation.

Appelé à six heures du soir, je trouvai l'abdomen très-développé, affectant une certaine disposition en besace. Le toucher à l'aide de deux doigts ne m'apprit absolument rien ; car on ne sentait ainsi ni orifice de la matrice, ni parties fœtales, mais seulement une masse molle, de la consistance d'un lipome, occupant toute la région accessible du bassin. Introduisant alors la main tout entière, je parvins, en arrière et de chaque côté, dans un cul-de-sac infranchissable. Où était le museau de tanche? N'existait-il plus d'orifice utérin ? C'est une question qui ne tarda pas à être tranchée, avant même que j'eusse complété mon examen ; car la rupture de la poche des eaux se fit tout à coup spontanément et fut suivie d'une légère hémorrhagie.

Restait à explorer le segment antérieur du petit bassin, derrière la symphyse pubienne. Pour cela, force était de faire placer la femme sur les genoux et sur les coudes. Dans cette stiuation, il me fut enfin donné de parvenir sur une partie fœtale, laquelle n'était accessible que dans un espace tout à fait restreint, n'admettaut guère que le doigt indicateur.

L'organe que je touchai ainsi, n'était autre que la bouche de l'enfant, en rapport avec la cavité cotyloïde droite. A peu de distance, en promenant le doigt, je trouvai le nez et ce fut tout. Nulle part je n'éprouvai la sensation que fournit la lèvre amincie de l'orifice utérin. Il s'agissait donc d'une présentation de la face en seconde position et la tête était arrêtée au-dessus du détroit supérieur par la masse molle qui encombrait la presque totalité du petit bassin. Mais qu'était-ce que cette masse à consistance de lipome, au centre de laquelle on rencontrait une sorte de bride, de 2 à 3 centimètres d'étendue, se perdant tout à coup et se fondant avec les tissus voisins ? Appartenait-elle au fœtus, ou à la mère? En ce qui concerne cette dernière question, pas de difficultés. L'adhérence du tissu morbide avec les organes maternels, tant en arrière que sur les côtés, prouvait clairement qu'il faisait corps avec la matrice, et de plus, qu'il appartenait au segment postérieur du col utérin. C'était donc une tumeur fibreuse qui avait dû avoir antérieurement une consistance beaucoup plus ferme, mais qui s'était considérablement ramollie sous l'influence du travail.

Cependant les heures se passaient sans amener aucun progrès, sans laisser aucun espoir d'expulsion spontanée. A partir de dix heures du soir, les douleurs qui, jusque-là très-aiguës, avaient provoqué des cris presque incessants, s'apaisèrent manifestement. C'était le prélude de l'épuisement

(1) Cette conduite est conforme à la pratique du prof. Nœgelé, de Burns (Manuel d'accouchements, de Drew. — *Edim. med. and surgical Journal*, janvier 1805), etc., et ne saurait être condamnée, vu l'urgence de l'intervention, par les chirurgiens contemporains, qui proscrivent toute opération pendant la grossesse, le travail et l'état de puerpéralité.

des forces. Arrière donc l'expectation ! Mais que faire ? Appliquer le forceps ou le céphalotribe ? Il n'y fallait absolument pas songer, vu l'exiguïté de la partie accessible au fœtns. Pratiquer, séance tenante, l'ablation préalable de la tumeur ? Ce parti m'aurait souri plus que tout autre. Malheureusement la tumeur n'était pas pédiculée. Au contraire, la base d'implantation en paraissait très-large ; peut-être pénétrait-elle assez haut dans la cavité utérine ; il n'était pas possible de discerner une ligne de démarcation quelconque entre le tissu morbide et le tissu utérin. Il eût été dangereux d'imiter Van Dœveren, qni, introduisant la main droite dans le vagin, embrassa de plusieurs doigts le pédicule d'un polype du poids de 750 grammes et réussit à l'enlever par des tractions et des torsions ménagées ; car la déchirure des parois de la matrice et une hémorrhagie foudroyante pouvaient être la conséquence d'une pareille tentative. Quant à l'excision elle eût entraîné le même danger d'hémorrhagie, et l'exécution en eût été des plus difficiles à la hauteur où se trouvait la tumeur, solidement retenue au détroit supérieur et ne pouvant, par aucun moyen, être abaissée.

Il ne restait donc d'autre alternative que de choisir entre l'opération césarienne, généralement si désastreuse, et la version pelviennc. Après un certain temps consacré à la réflexion, considérant que de nombreux accouchements ont eu lieu spontanément, dans des cas du même genre, grâce à la présentation du fœtus par le siège, que, d'un autre côté, la version pelvienne a été employée plusieurs fois avec un avantage incontestable, je me décidai bientôt en faveur de la version. Il me semble, d'ailleurs, que le ramollissement évident de la tumeur pourrait aider à sa dépression, à son aplatissement, quand le fœtus, s'insinuant par sa petite cxtrémité, agirait sur elle à la manière d'un coin, et qu'en tous cas, le déplacement, l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, seraient très probablement favorisés par l'évolution du fœtus. L'évènement donna raison à ces conjectures.

Par malhcur, pour la vie de l'enfant, la mère se refusa obstinément à toute intervention chirurgicale. Je déclarai alors à son mari et à sa famille qu'il n'y avait qu'un moyen de triompher de sa résistance et de la sauvcr, c'était de recourir à la force. Mais on perdit un temps précieux à se convaincre qu'il n'y avait plus à compter sur les efforts de la nature. Ce n'est que vers deux heures du matin que l'on prit le parti extrême de s'emparer de la patiente et, sans attendre son consentement, de la placer dc force dans la seule position qui permettait d'atteindre les parties fœtales, c'est-à-dire sur lcs genoux et sur les coudes.

Ici commence une série de difficultés telles que je n'en ai jamais rencontrées de semblablcs. A une profondeur déjà grandc, je parvins à un membre : c'était un bras. Il fallait pénétrer plus avant pour trouver les membres inférieurs. Pour cela, je fus dans la nécessité d'introduire le bras dans les organes maternels bien au-delà du coude. Enfin, il me fut donné d'accrocher un jarret à l'aide de l'index. Mais quelques efforts que je fisse, je ne pouvais ni défléchir le petit membre, ni l'abaisser en totalité, ni atteindre le pied, ni, à plus forte raison, songer à saisir son congénère. La difficulté me parut tellement insurmontable, que je désespérai, pendant plus d'un quart d'heure, d'en triompher. M'affranchissant de toute règle, quand ma main, énervée par la fatigue, par la pression qu'elle subissait, devint incapable d'une action utile, je la retirai et la remplaçai par l'autre, que je me hâtai d'introduire dans l'espèce de filière laissée momentanément par le bras que je venais de retirer. A cinq ou six reprises, je dus répéter la même manœuvre, ne voulant pas me résigner à abandonner, pour la première fois de ma vie, une opération de version inachevée.

Le visage ruisselant de sueur, j'étais arrivé au paroxysme de la perplexité, lorsqu'enfin tout-à-coup le petit membre céda à une traction plus prolongée, exercée avcc toute l'énergie du désespoir. Voilà le pied dans le petit bassin. Mince résultat, pourtant si péniblement acquis ! L'évolution restait tout entière à faire, avec un point d'appui bien incertain. Car gênés par la face de l'enfant et par la tumeur elle-même, mes doigts, manquant d'espace, glissaient sans cesse sur le petit membre, sans produire le moindre effet utile. En vain essayai-je, à cette hauteur, d'y adapter un lacs. Ce dernier, ne saisissant que l'avant-pied, n'avait aucune solidité. Dans cette conjoncture, une pince dont les mors formant, par leur réunion, un anneau d'une dimension appropriée pour saisir le bas de la jambe de l'enfant, au-dessus des mallcoles, m'eût rendu le plus signalé service. Avis aux fabricants d'instruments d'obstétrique. De guerre lasse, après m'être assuré de la mort du fœtus, en constatant l'absence des battements du cordon, l'idée me vint d'implanter dans le petit pied, le crochet aigu dont est armée l'une des branches de mon forceps. Grâce à ce précieux auxiliaire, je sentis enfin, à ma grande satisfaction, que le pied descendait, en même temps que s'exécutait le mouvement d'évolution. En quelques instants, j'attirai au-dehors les deux pieds et le tronc jusqu'au thorax. Chose singulière ! Les épaules, retenues par la tumeur, ne furent extraites qu'avec la plus grande peine et les efforts les plus énergiques, tandis que la tête sortit avec la plus grande facilité. Seulement, comme le menton restait tourné en avant, en rapport avec la cavité cotyloïde droite, il fallut imprimer au tronc un mouvement de torsion assez puissant, pour le faire passer derrière les pubis et l'amener jusque vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche.

L'opération avait duré une heure. Le fœtus mort-né était un gros garçon très-développé.

Après la délivrance, j'introduisis la main dans le vagin, afin d'explorer la cavité pelvienne, de contrôler et de compléter mon diagnostic. La tumeur était bien telle que je l'ai décrite, un polype fibreux implanté par une large base sur la lèvre postérieure et sur les parties latérales du col utérin. Très-vascularisée par l'influence de la grossesse et du travail, elle offrait, vers son sommet, des battements artériels qui auraient pu, à tort, faire penser à une tumeur anévrysmale. J'appris qu'elle avait donné lieu naguère à des écoulements abondants et très-fétides, mais que jamais il n'y aurait eu d'hémorrhagie.

Les suites de couches furent compliquées, d'abord d'une rétention d'urine complète qui, le douzième jour, se transforma en incontinence. Le pouls oscillait entre 112 et 120 pulsations. Une vive douleur à la pression de l'ovaire gauche, me fit craindre le développement d'une métro-péritonite. J'instituai aussitôt un traitement énergique par le sulfate de quinine: 3 grammes par jour, et l'alcool à haute dose. Violent frisson le 23 mai, à trois heures du matin. La malade, après avoir couru le danger le plus imminent, arriva enfin à la convalescence au commencement de juin et, à la même époque, la vessie recouvra l'intégrité de ses fonctions.

Je remis à six mois plus tard l'opération nécessitée par la tumeur pelvienne. C'était chose convenue. Au moment décisif, la pusillanimité de Madame D., l'emporta sur ses bonnes résolutions et elle refusa nettement de s'y soumettre, n'ignorant pas pourtant le danger auquel elle s'expose. C'est pourquoi je publie aujourd'hui la présente observation sans y joindre le complément attendu fourni par l'histoire de l'ablation de la production morbide.

(à suivre)

Observation d'hépatite à marche insidieuse; abcès volumineux du foie; ouverture de l'abcès à l'extérieur; guérison, par le docteur BITTERLIN, médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames.

Mme B., ancienne sage-femme, âgée de soixante-deux ans, mère de cinq enfants, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, tomba malade, les premiers jours du mois de février, avec les symptômes d'un embarras gastrique: inappétence, langue chargée d'un enduit saburral, quelques maux de tête, des envies de vomir, un léger mouvement de fièvre avec sédiments blanchâtres des urines; il n'y a ni diarrhée, ni dyssenterie: le foie n'est pas congestionné ni augmenté de volume.

Le médecin appelé, ordonne un purgatif; quelques jours après, un vomitif, sans aucune amélioration dans l'état de la maladie; tout d'un coup le foie augmente de volume, une pesanteur se fait sentir dans l'hypochondre droit; il n'y a pas de fièvre; on applique dix sangsues sur la région hépatique. La malade commence à vomir, ne supporte plus aucune nourriture et maigrit beaucoup; on croit être en présence d'une cyrrhose hypertrophique du foie. Je vois la malade, les premiers jours de mars: le foie est hypertrophié, descend presque jusque dans la fosse iliaque droite; la surface paraît ne présenter aucune inégalité, aucune saillie qui permette de soupçonner une tumeur, vers la superficie ni sur les bords: point d'ascite, les veines de l'abdomen ne sont pas dilatées, la rate est normale. La malade accuse quelques douleurs sourdes: le pouls est de quatre-vingts pulsations, la température de 38°; les urines laissent un dépôt; la figure a une teinte subictérique; point de diarrhée. Interrogée si elle avait reçu un coup ou était tombée, la malade répond négativement: je fais appliquer l'onguent mercuriel belladoné sur la région hépatique; une dose de 0,80 de calomel est administrée; il y a quelques selles verdâtres qui n'amènent aucune diminution du volume du foie: je prescris le régime lacté et l'eau de Vals, de la glace pour arrêter les vomissements. Les jours suivants, les douleurs vers l'hypochondre droit sont vives, lancinantes, s'exaspèrent par la pression; le pouls est à 100 pulsations et la température à 39°; le foie augmente encore de volume, refoule le diaphragme; la respiration devient pénible, très-gênée; les symptômes s'aggravent encore, quand vers le 15 mars, je remarque à la surface du foie un point fluctuant; en même temps il survient des frissons répétés. Prescription: sulfate de quinine. Les douleurs deviennent intolérables; le 16 mars, je remarque que la peau commence à se soulever, à s'œdématier à l'endroit où je perçois la fluctuation.

Le pouls est à 110 le soir, la température de 39°,5; il y a un peu de délire la nuit; l'existence d'un vaste abcès du foie n'offre plus aucun doute, le danger devient imminent. Je fais au centre de la tumeur, une application de potasse caustique qui produit une eschare de 2 à 3 centimètres carrés; le 17 mars nouvelle application de potasse caustique; le 18 mars la température est de 40°; le pouls à 120; la malade entre dans le délire et tombe dans un état d'adynamie qui fait craindre une issue fatale. Une intervention plus active devient urgente: je fends l'eschare avec le bistouri et ouvre l'abcès; une odeur nauséabonde se répand et en même temps sort un peu de sang, puis une quantité énorme de pus d'un rouge foncé, épais, fétide, comparé à de la lavure de chair: la malade est soulagée; la nuit devient plus calme; il s'écoule une grande quantité de pus.

Point de traces d'échinocoque ni de calculs biliaires; le 19 mars au matin, j'applique un cataplasme sur la plaie et fais faire des injections dans la cavité de l'abcès avec de l'eau phéniquée; l'état général de la malade s'améliore, la température diminue, le pouls devient meilleur; je continue l'alimentation par le lait; injection d'eau phéniquée deux fois par jour, cataplasme émollient, le pus coule encore les jours suivants, la fièvre disparaît, le volume du foie diminue considérablement. Les jours suivants, l'eschare tombe, laissant à nu une plaie rouge, de bel aspect, au milieu de laquelle existe une petite ouverture donnant lieu à un suintement purulent; la température est normale, le pouls aussi; la malade est faible, on ordonne un régime tonique, fortifiant.

Vers le 15 avril, la plaie se ferme, l'écoulement du pus s'arrête, le foie a repris son volume normal; la malade se lève, mange et entre en convalescence.

Réflexions. — L'hépatite suppurée est rare dans nos contrées: elle est généralement le résultat de coups ou de contusions. Elle se présente quelquefois chez les jeunes femme, dans la période de gestation; presque toujours la dysenterie ou une inflammation de la veine porte la compliquent. Dans cette observation, la malade a eu au début un embarras gastrique; la maladie a revêtu une marche lente, insidieuse, le diagnostic

au début, était très-difficile, d'autant plus que rien ne pouvait éclairer l'étiologie de cette maladie qui en somme, s'est révélée à nous, par un abcès énorme du foie. Un des dangers était l'ouverture de l'abcès dans le péritoine suivie de péritonite mortelle ; on évite ce danger en ouvrant l'abcès par la potasse caustique, suivant le procédé de Récamier. Mais l'application de ce procédé demande un certain temps et le cas particulier, où je me trouvais, réclamait une intervention prompte et énergique. J'ai donc dû recourir au bistouri, sans attendre que la potasse caustique ait complété les adhérences ; par bonheur elles se sont trouvées suffisantes et la malade a été sauvée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Dans la chronique professionnelle, publiée jusqu'à ce jour, nous avons fait des constatations, sans nous astreindre à suivre aucun ordre.

Il est important d'arriver le plus tôt possible à des conclusions. Dès qu'elles seront formulées et soumises à la *Réunion professionnelle*, composée des divers membres des commissions d'études, celle-ci fera un rapport général, et ses propres conclusions seront soumises à l'*Assemblée générale* qui votera les articles.

Ceci fait, le *Concours médical* rédigera et fera imprimer une *brochure*. On y exposera les diverses questions et les arguments qui doivent légitimer les modifications à opérer, dans la législation qui nous régit.

On dit, avec raison, que les médecins législateurs n'ont pas l'oreille des Chambres : le motif en est bien simple ; ils s'adressent à un auditoire non renseigné sur la légitimité de nos griefs. C'est aux membres du *Concours médical* qu'il appartient de faire cette éducation. Ils recevront la brochure, la feront parvenir aux députés de leur arrondissement et demanderont à leur mandataire la faveur d'un entretien, postérieurement à cet envoi. Nous pensons qu'à ce moment, mis en présence d'un homme parfaitement au courant de nos réclamations, il leur sera facile de le convaincre et nous serons par conséquent certains qu'au jour du vote, sa voix nous sera acquise.

Les confrères qui ne parviendraient pas à déterminer l'assentiment de leurs députés, nous feront part des objections qu'ils auront rencontrées.

En concentrant ces renseignements, nous serons à même de les discuter et de trouver de nouveaux éléments pour asseoir définitivement les bases d'un projet de réformes. On éliminera les réclamations qui n'auraient pas obtenu un accueil favorable et on ne retiendra que celles qui auront été reconnues légitimes par la généralité des députés.

Que le succès couronne ou non nos efforts, nous aurons tous, la conscience d'avoir plaidé notre cause et fait acte d'initiative. Tout fait supposer que, si nos confrères veulent nous seconder, cette action régulière, sera féconde en résultats, et dans toutes les éventualités, le *Concours* aura bien mérité de la profession médicale.

Voilà vingt ans que les questions professionnelles s'agitent dans les sociétés locales de l'*Association générale*. Ce n'est pas un des moindres bienfaits de cette *Association*, que d'avoir fait naître ces discussions. Mais on conviendra que, pour nous, il est temps aussi d'*aboutir*. La législature actuelle touche à sa fin ; une assemblée nouvelle sera bientôt nommée. Le moment est propice pour prendre nos dispositions.

LA DIRECTION.

Les médecins de la marine.

I

Clairac (Lot-et-Garonne), 13 novembre.

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

Le numéro 45, 1880, du *Concours médical* s'adressait aux jeunes gens en quête d'une carrière. C'est pour leur bien que je me permets de vous soumettre ces quelques observations qui m'ont été suggérées par l'article « *médecine navale* ».

Comme j'étais encore médecin de la marine au début de 1879, je connais les avantages de cette carrière et ses grands inconvénients. C'est déjà vous dire que je trouve M. A., notre collaborateur, un peu beaucoup optimiste. Je vais donc reprendre son exposition.

1° Les Écoles de médecine navale sont parfaitement outillées s'il s'agit de l'anatomie descriptive : les cadavres y sont, en effet, gratuits et les élèves apprennent très-bien cette première branche de notre science. Mais le laboratoire d'histologie, les appareils de physiologie, les musées et le jardin botanique sont, pour ainsi dire, des lieux sacrés, où on ne pénètre que très-rarement, puisqu'il faut des permissions venant de haut lieu. Combien y a-t-il d'étudiants ou de médecins de la marine qui connaissent pratiquement le maniement du microscope ? — En outre il existe un inconvénient immense : sauf à Rochefort, les femmes et les enfants font défaut. Comment étudier cette partie de la clinique et de la pathologie ? Pour les accouchements, on ne connaît que le mannequin et les instruments. Les musées de pièces en cire, quand il en passe sur les places publiques, apprennent seuls les faits. Si j'ai pu me livrer à l'étude importante de ces maladies et de l'obstétrique, c'est que je me suis mis dans des conditions spéciales et que j'ai suivi les cours, cliniques et opérations de l'hospice civil et de la maternité. Nous étions trois (parmi tous les médecins ou étudiants de la marine) à aller dans cet hôpital. Inutile d'insister, n'est-ce pas, sur ce défaut majeur et dangereux ?

2° Les cours sont faits par des professeurs, ou titulaires, ou agrégés (non pas agrégés d'une faculté, bien entendu). Ceux-ci préparent souvent le professorat en titre et négligent, en conséquence, les éducations qu'on leur confie. Les premiers ont les soucis de la clientèle civile; c'est pourquoi quelques-uns d'entre eux n'ont pas le temps (que leur réclame cependant l'État) de s'occuper de leurs cours. Aussi voit-on des leçons tronquées et sans suite, et il faut que les livres ou les cliniques de la Faculté (si on réussit à s'absenter) viennent les remplacer.

3° Il est dit par mon honoré confrère, qu'au bout de deux ans, on peut arriver au grade d'aide-médecin (le premier de la hiérarchie). Cela est vrai dans une mesure restreinte et mes calculs de moyenne, demandent trois et quatre ans. On met trois, quatre ou cinq ans pour atteindre le deuxième galon, de trois à dix ans et plus, pour obtenir celui de capitaine : ce qui fait qu'en moyenne, on arrive à ce dernier grade à trente-quatre ou trente-cinq ans (voir, pour plus ample informé, les registres de ces écoles de 1871 à 1879 et l'annuaire de la marine).

Les étudiants venant des autres écoles ou facultés peuvent réussir, mais la plupart échouent.

4° Le Doctorat n'est aujourd'hui exigé que pour le grade de premiere classe (capitaine) : et le règlement accorde un congé de six mois pour aller le subir alors *seulement* que, médecin de deuxième classe, on vient de faire une campagne de dix-huit mois à trois ou quatre ans, à la mer ou aux colonies.

C'est là un grave défaut et, si ma communication vous paraît intéressante, je pourrai vous fournir, pour un prochain numéro, une étude plus complète de cette question grosse d'intérêts compromis, d'espoirs anéantis, d'avenirs brisés.

5° En outre, le médecin de la marine doit, pour avancer, subir des concours : 1° pour le grade d'aide-médecin (sous-lieutenant); 2° pour celui de médecin de deuxième classe (lieutenant); 3° pour celui de médecin de première classe (capitaine). Je comprends le premier de ces concours : il est normal et logique. Je comprends aussi les concours pour les divers professorats. Mais est-il logique qu'il faille concourir pour l'avancement? Les médecins de la marine viennent, en effet, de dépenser leur temps et leur santé à la mer et surtout aux colonies; et, c'est, quand ils devraient se reposer de leurs grandes fatigues, s'adonner aux joies de la famille, dont ils sont si longtemps sevrés, qu'ils sont obligés de consacrer leurs instants à des études théoriques, pour passer plus que des examens ! Et pourtant on les reconnaît déjà comme bons praticiens !

Quelle différence avec la médecine de l'armée de terre! Les officiers de santé militaires sortent docteurs du Val-de-Grâce; ils sont distribués dans la mère-patrie ou en Algérie (qui, pour le climat, est presque une seconde France), ils avancent d'ordinaire à l'ancienneté, parfois au choix et ils ne sont pas exposés, comme leurs collègues de la marine, aux cruautés des endémies et épidémies et à celles bien terribles des concours.

6° Qu'importe au jeune étudiant que séduisent les plaisirs et les dangers de la navigation, que le médecin qui a vieilli au grade de capitaine, soit fait d'un seul coup commandant ou lieutenant-colonel ? Cette question accessoire est plus que secondaire dans les déterminations de l'adolescent.

7° Je ne suis guère plus d'accord avec l'auteur de l'article qui fait l'objet de mes critiques, s'il s'agit de l'expérience à acquérir.

Comme elle coûte cette expérience !

Le médecin n'a pas d'initiative dans les hôpitaux, s'il n'a qu'un ou deux galons; ses chefs font tout. Embarqué, le médecin peut être seul et il sera bien observé par les officiers de vaisseau avec lesquels il vit, lorsque, pour la première fois, il devra prendre une détermination. S'il est assisté d'un aide-médecin, ou d'un médecin de deuxième classe subalternes, quelles préoccupations, quels embarras! Car il faudra se montrer habile et résolu. Eh! mon Dieu, en entrant dans la vie civile, tout jeune comme je suis, n'a-t-on pas les mêmes inconvénients et aussi les mêmes moyens de se former à la pratique? Se voit-on plus observé? Y devient-on moins expérimenté? J'affirme hautement le contraire.

8° Enfin, termine mon honoré confrère, lorsque le médecin de la marine s'aperçoit qu'il n'est pas fait pour cette carrière, il peut donner sa démission. — Eh bien, je puis dire que peu ont été aussi favorisés que moi.

C'est que je n'ai pas demandé le paiement des inscriptions et frais de doctorat par l'Etat ; j'ai payé directement sans m'engager. Mais à ceux qui se sont engagés à rembourser ces frais en cas de démission, l'Etat fait force difficultés et renvoie à trois et six mois la démission alors qu'un poste médical, prêt à échapper, est sous la main. L'État, si difficile pour ouvrir la porte d'entrée, refuse la sortie : il lui faut des médecins.

J'ai gardé de bons souvenirs de la marine et j'ai peu souffert personnellement, car j'en sors encore bien jeune. Mais je veux payer une dette à l'amitié de mes anciens camarades et je veux aussi servir à la détermination des futurs médecins : je le fais en relevant l'optimisme du dernier article sur ce sujet.

Vous serez utile, je crois, Monsieur le Directeur et cher confrère, en vous servant de ma lettre. Aussi faites-en l'usage qui vous paraîtra convenable.

Veuillez agréer, etc.

Dr E. Authenac.

Réponse

Je vais répondre en quelques mots seulement aux critiques de notre confrère; car je ne veux pas faire de polémique, chose qui convient peu à notre journal dans ces sortes de questions. Je répondrai paragraphe par paragraphe :

1° Il y a là exagération. Les étudiants n'ont pas la libre manœuvre des microscopes et des appareils, parce que cette étude n'est pas comprise dans leur programme d'examen. Mais les aides-médecins et les médecins de deuxième classe peuvent s'y livrer à leur aise.

Quant aux maladies des femmes et des enfants, l'observation est juste; mais l'Etat, qui n'entretient nos écoles qu'en vue de ses serviteurs, ne sent pas le besoin d'avoir des cliniques de ce genre. Il donne la science théorique et se croit ainsi suffisamment généreux.

2° Les agrégés ne négligent pas les éducations qu'on leur confie; bien au contraire, ils sont généralement pleins de soins pour leurs élèves. — Mais l'auteur est très-juste en parlant des professeurs, que les préoccupations de la clientèle éloignent de la préparation des cours. Il y a là une question très-intéressante à traiter; est-ce bien le lieu de le faire?

3° On arrive aujourd'hui aux différents grades dans les limites que j'ai indiquées : aide-médecin à vingt-deux ans; de deuxième classe à vingt-cinq; de première classe à trente. Le concours qui vient de finir, donne pour ce dernier grade une moyenne de trente-et-un ans. Me suis-je trompé beaucoup?

4° et 5° *Doctorat et concours.* — Cette question a été traitée avec une hauteur de vues et une logique remarquables par M. Malespine dans une brochure publiée chez Dentu, en 1863, intitulée : *La médecine navale et le doctorat.*

6° L'objection me paraît singulière : M. Authenac voudrait peut-être qu'un aide-médecin fut chargé d'un grand service hospitalier pour se faire la main? Ce n'est pas sérieux. — A bord, le jeune médecin est plein de préoccupations, d'embarras; mais c'est précisément la cause de son expérience hâtive; et ceux-là seuls n'y arrivent pas qui n'ont pas conscience de leur situation.

7° Question sans importance et purement de détail, car l'Etat cherche naturellement ses avantages et non ceux de ses serviteurs qui veulent le quitter.

Critiquer l'institution, est facile, car elle est très attaquable; mais on ne peut nier que, pour les familles peu favorisées de la fortune, ce soit une carrière très avantageuse. Voilà pourquoi j'ai plus insisté sur les bons que sur les mauvais côtés de la position. Et je trouve que j'ai grand mérite à l'avoir fait, car il n'y a pas beaucoup de mes camarades qui aient été aussi peu favorisés que moi.

Agréez, etc. Dr. A.

Puisque la question des médecins de la marine est celle qui nous occupe en ce moment, nous ne pouvons nous refuser au plaisir d'extraire d'un article de *M. Ch. Bigot*, dans *le XIXe siècle*, quelques passages capables de montrer jusqu'à quel point leur position mérite tout notre intérêt.

J'ai déjà pris en main l'an dernier la cause des médecins de la marine : il me faut recommencer, et peut-être faudra-t-il l'an prochain recommencer encore. C'est une si terrible chose dans nos administrations que la routine, et il faut, en France, avoir tant de fois raison avant d'avoir raison!

Je demande à rappeler la question en peu de mots. Entre les différents services de nos armées, il est un principe admis. C'est l'assimilation des grades, de la solde et aussi de la retraite. Ainsi, qu'un officier entre dans le service militaire actif, dans le service de l'intendance, dans celui de la santé, il a devant lui la même série de grades qui se déroule sous des noms différents; l'avancement est soumis aux mêmes règles, la considération est pareille, les avantages matériels sont égaux. Rien de plus juste que cette assimilation. Les uns comme les autres, en effet, ces officiers sont utiles et servent la patrie : ils courent les mêmes périls, partagent la même fortune, bonne ou mauvaise; ils ont également besoin du concours les uns des autres.

Dans l'armée de terre, en effet, l'assimilation est complète. Mais dans notre marine, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. L'assimilation est rompue au préjudice du corps de santé. Jusqu'au grade équivalant au grade de capitaine — le grade de lieutenant de vaisseau — la situation est la même pour les officiers de la marine et les médecins: mais à partir de ce grade, elle change. Le lieutenant de vaisseau qui reçoit de l'avancement, est nommé capitaine de frégate, grade correspondant à celui de lieutenant-colonel. Le médecin de marine, son égal, qui reçoit de l'avancement, est nommé seulement à un grade qui correspond à celui de chef de bataillon. Il y a là, pour lui, une différence, et dans le rang qu'il occupe, et dans le traitement qu'il reçoit, et dans la retraite qui lui sera assignée s'il se retire avec ce grade. Et la chose a d'autant plus d'importance que, pour la plupart des médecins de la marine, c'est à ce grade, en effet, que doit s'arrêter la carrière.

Pourquoi cette inégalité? Est-ce que le corps des médecins de la marine est inférieur à celui des autres officiers? Est-ce que les examens sont, pour eux, moins nombreux et moins difficiles? Est-ce qu'ils courent moins de dangers? Est-ce qu'ils font preuve de moins de dévouement? Tout le monde sait bien qu'il n'en est rien; et, sans citer d'autres exemples, on se souvient et de la façon dont nos médecins de la marine ont fait leur devoir durant la dernière épidémie du Sénégal et du tribut terrible qu'ils ont payé au mal.

S'il s'agissait de faire un règlement nouveau pour la marine, il n'est pas douteux qu'on ne songerait pas à faire aux officiers du corps de santé et aux autres une condition différente : on trouverait tout naturel de les traiter les uns et les autres d'une façon égale : mais il s'agit de modifier un règlement existant. C'est là qu'est la difficulté. Le règlement est injuste : il ne peut se défendre ni par une raison, ni par une apparence de raison. N'importe. Il a pour lui qu'il existe, et la sacro-sainte tradition le protège, comme elle protège chez nous tout ce qui a duré, bon ou mauvais.

On sent pourtant que la situation actuelle ne saurait être indéfiniment prolongée. On ne peut rester indifférent à des réclamations aussi légitimes que persistantes. Il faut se décider à faire quelque chose. Il paraît donc que l'on s'est occupé de l'affaire dans les bureaux du ministère, que le conseil de l'amirauté s'est réuni et a délibéré.

Il y avait une chose bien simple à faire. C'était de mettre les médecins militaires exactement dans la même situation que leurs camarades, les officiers de vaisseau. Eh bien, ce n'est pas là, paraît-il, ce que propose le conseil de l'amirauté. Voici à quoi il se serait arrêté :

Il conseillerait aux ministres de diviser en deux classes les médecins élevés au grade de chef de bataillon. Les uns, ceux de la seconde classe, auraient simplement le traitement de ce grade : les autres, ceux de la première, composée du tiers du personnel, recevraient la solde des capitaines de frégate et auraient droit à la même retraite que ceux-ci.

Cette nouvelle a mis en grand émoi les officiers du service maritime de santé, et je le conçois sans peine. Loin de les satisfaire, en effet, une telle mesure serait plutôt offensante pour eux.

Que réclament-ils? L'assimilation des grades et l'égalité de l'avancement. On persiste à les leur refuser, sans une ombre de raison. Après, comme avant les modifications, un lieutenant de vaisseau passera d'emblée lieutenant-colonel, un médecin passera simplement chef de bataillon. Quiconque a passé, fût-ce vingt-quatre heures seulement, à bord d'un vaisseau, sait quelle importance, très-légitime d'ailleurs, y ont les questions de grade. Un médecin, hier l'égal d'un lieutenant de vaisseau, ne sera plus que son inférieur le lendemain du jour où, par un avancement également mérité, ils seront devenus l'un lieutenant-colonel, l'autre simplement chef de bataillon.

On donnera, il est vrai, à un tiers de ces chefs de bataillon, la solde et la retraite des lieutenants-colonels. D'abord on donnera les avantages matériels à un tiers seulement d'entre eux; ensuite, est-ce tout que de donner de l'argent? Non pas. Dans l'armée française, personne ne nous démentira, il y a quelque chose à quoi l'on tient plus qu'à l'argent : c'est la considération, c'est la dignité, c'est le rang. Croyez-vous que vous satisferez la juste susceptibilité des médecins de la marine en leur donnant l'argent sans le grade? Ils seraient plus capables de se contenter du grade sans l'argent, s'il leur fallait choisir.

Ferait-on plus et consentirait-on à donner à ce premier tiers des chefs de bataillon privilégiés, le grade, aussi bien que le traitement et la retraite des lieutenants-colonels, on ne contenterait encore ni eux ni leurs camarades. Il n'en demeurerait pas moins établi que, tandis qu'un lieutenant de vaisseau n'aurait qu'une étape à franchir pour atteindre le grade de lieutenant-colonel, le médecin de la marine, lui, serait obligé d'en franchir deux.

C'est en vain que l'on s'ingénie à chercher des moyens termes et des demi-mesures. On ne satisfera pas le corps de santé de la marine, en lui offrant une petite amélioration matérielle, ce que dans la langue vulgaire on appelle un os à ronger. Ce qu'il réclame, au nom de la dignité, plus encore qu'au nom de l'intérêt, ce qu'il revendique, c'est l'assimilation complète avec le corps des officiers de vaisseau, la similitude de la solde, de la retraite. des prérogatives, des insignes de la situation, du grade en un mot. Qu'on se décide donc à le lui accorder franchement, puisque l'on reconnaît la nécessité de changer les règlements actuels. C'est la seule solution qu'il puisse accepter sans humiliation, et c'est la seule conforme à la justice.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Rapports de la scrofule et de la tuberculose.

Une importante discussion vient de s'ouvrir à la Société médicale des hôpitaux sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose. C'est là un débat déjà ancien, et cependant toujours nouveau, auquel la discussion actuelle, pas plus que les précédentes, n'a pu apporter de conclusions définitives. Néanmoins nous croyons utile d'extraire dans les thèses soutenues, à la Société des hôpitaux, par MM. Grancher, Cornil et Damaschino, les points de vue les plus pratiques qui peuvent nous mettre au courant de l'état actuel de la question.

M. Grancher a eu surtout en vue la question histologique. Pour lui, l'évolution tuberculeuse comprend deux grandes phases de développement : Arrêtée aux stades inférieurs, elle engendre la diathèse scrofuleuse, et le scrofulôme est le produit anatomique qui la caractérise. La seconde phase représente la plus haute expression de l'évolution tuberculeuse; la granulation grise en représente la lésion fondamentale par excellence. « Les limites qui séparent ces deux variétés, dit M. Grancher, sont assez semblables aux lignes qui, sur la carte, séparent les communes d'un même canton, sans nuire à la continuité du sol. » En d'autres termes, « le scrofulôme peut être défini : un tubercule arrêté dans son évolution. »

D'autre part, voici les conclusions de M. Cornil :

« La distinction entre les maladies tuberculeuses et scrofuleuses, de même que la distinction entre la tuberculose et la syphilis ne peut être donnée que par l'ensemble des caractères principaux tirés à la fois de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique. Parmi ces derniers, ceux qui se rapportent au siége et à la constatation à l'œil nu des lésions, valent mieux que les caractères tirés de l'examen microscopique d'un seul produit pathologique, car ils nous permettent de voir des tubercules à différents degrés de leur évolution. L'histologie ajoute de précieux renseignements qui expliquent l'évolution des lésions et qui font pénétrer dans leur mécanisme intime; mais, pour que les données de l'histologie servent à caractériser une maladie, il faut, le plus souvent, que l'examen microscopique porte sur la plupart des productions morbides, afin de déterminer leurs caractères variables suivant leur âge. »

M. Damaschino laisse de côté la question anatomo-pathologique pour n'envisager que la question clinique. Se fondant sur l'étude étiologique de la tuberculose, il remarque que cette maladie survient chez les sujets qui, sans avoir jamais présenté le moindre symptôme de scrofule, se sont trouvés débilités par une cause quelconque, d'origine en apparence très-variable, mais dont le terme final est, en somme, ainsi que l'a bien montré M. le professeur Peter, l'état de déchéance organique. Mais cet état de déchéance organique, cet état cachectique, si propre au développement du tubercule, ne se rencontre-t-il pas au plus haut degré chez l'enfant, l'adolescent, ou l'adulte qui a parcouru les étapes successives de la diathèse strumeuse ? — Nous ne pouvons que souscrire à cette opinion très-sage que M. Damaschino résume en ces termes :

« Dans l'état actuel de nos connaissances, il est peut-être difficile de tracer une délimitation très-nette entre les lésions histologiques de la scrofule et celles de la tuberculose : il y a là un *desideratum* incontestable et qui subsistera peut-être longtemps.

« Mais la clinique établit nettement l'existence des deux diathèses. Tantôt elles sont isolées et peuvent continuer à l'être toujours; tantôt elles se confondent et en quelque sorte se fusionnent, car la scrofule, affection dystrophique par excellence, est un des générateurs les plus importants de l'état cachectique, de la cacochymie dont la tuberculose est l'aboutissant, sinon nécessaire, du moins très-habituel. On ne peut donc, on ne doit pas confondre la tuberculose et la scrofule, ce sont deux maladies bien distinctes dont les caractères cliniques sont nettement tranchés, si les lésions histologiques sont moins positivement séparées ; mais on ne saurait méconnaître que la tuberculose est l'aboutissant habituel de la scrofule, comme elle peut l'être, et l'est souvent, pour toute maladie d'organe, en un mot, pour toute condition morbide dans laquelle, ou par laquelle, existe un trouble profond de la nutrition »

Les mémoires de MM. Cornil et Damaschino ont été publiés dans l'*Union médicale*.

Dans la même séance de la société médicale des hôpitaux, nous avons encore à signaler un nouveau traitement chirurgical de l'ataxie locomotrice : l'élongation des nerfs. M. le professeur Charcot, a récemment fait voir à ses auditeurs de la Salpêtrière, un malade du service de M. Debove à Bicêtre. Cet homme qui, depuis de longues années, souffrait, dans les membres inférieurs, de douleurs atroces, à peine atténuées par la morphine à haute dose (0 gr. 16 par jour), n'a pas ressenti, depuis son opération, c'est-à-dire depuis environ un mois, la moindre douleur fulgurante dans les membres supérieurs; les *crises gastriques* que présentait ce malade, ont également disparu. De plus, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, l'incoordination motrice a presque entièrement disparu des deux côtés.

Le 16 décembre dernier, M. Debove, avec le concours de M. Gillette, a tenté un nouvel essai sur un autre ataxique qui, encouragé par la guérison de son camarade, réclamait lui-même l'opération. Cette fois, il s'agissait de douleurs fulgurantes incessantes, avec exacerbations, occupant les membres supérieurs. On élongea le médian et le radial du côté droit. Le manuel opératoire très simple adopté par M. Gillette est le suivant : une incision de 7 centimètres environ est faite sur le trajet du faisceau nerveux qui est mis à décou-

vert; une sonde cannelée est passée sous les nerfs à élonger, le côté convexe de la sonde étant tourné vers le nerf; puis, l'instrument étant tenu par ses deux extrémités, des tractions sont exercées perpendiculairement à l'axe du nerf, avec assez de force pour soulever celui-ci de 5 à 6 centimètres. On peut dire au sujet de ces tractions, qu'elles peuvent être pratiquées sans crainte de rupture; quelques expériences faites sur le cadavre ont montré qu'une force de 42 kil. est nécessaire pour rompre le radial; les tractions faites sur le vivant, restent bien au-dessous de ce chiffre. L'opération est terminée par quelques points de suture à la peau et un pansement phéniqué. La réunion, chez le malade qui nous occupe, a eu lieu par première intention.

Chez ce malade, comme chez le premier, les douleurs fulgurantes ont considérablement diminué dans le membre supérieur droit et disparu dans le membre supérieur gauche, ainsi que dans les membres inférieurs. L'*anesthésie plantaire* a beaucoup diminué du côté gauche; enfin, l'incoordination motrice a été très améliorée; la marche est devenue possible sans appui. Le malade a recouvré un sommeil régulier; il refuse la morphine et affirme que « ses douleurs actuelles ne sont rien auprès de celles qu'il endurait auparavant. » *(Progrès médical).*

Ce fait est certainement bien curieux; il serait intéressant d'apprendre quel sera le résultat final de ces deux opérations. Ce traitement ne peut être que palliatif, et ne saurait, il nous semble, enrayer la marche de la maladie : mais encore sera-t-il important de savoir combien de temps a duré le répit.

Jusqu'ici la compression des ovaires chez les hystériques n'avait jamais produit d'accident. Elle paraît cependant avoir produit une péritonite mortelle chez une malade du service de M. Proust à l'hôpital de Lariboisière. Dans l'observation présentée à la société anatomique, nous ne relèverons que ces trois dates qui paraissent bien éloquentes :

14 avril, compression modérée (avec la main) de l'ovaire gauche chez une hystérique jusqu'à ce moment bien portante;

15 avril péritonite ;

17 avril, mort.

La société anatomique nous fournit encore deux intéressantes observations de trachéotomie suivie d'ulcération de la trachée par la canule, avec perforation du tronc artériel brachio-céphalique. Dans les deux cas, le malade a été pris soudain d'une hémorrhagie foudroyante, et le sang sortait à flots par la canule (environ 1 litre en cinq minutes). Dans une de ces observations le malade est un enfant de quatre ans, dans l'autre, un homme de trente-deux ans; dans toutes les deux, l'ulcération paraissait être due au frottement du bord extérieur et des bords latéraux de l'extrémité inférieure de la canule.

On sait, depuis quelques années, que la teigne faveuse peut exister chez la souris. M. Mégnin a présenté à la société de biologie, une souris qui avait la tête, les oreilles et une partie du dos complètement envahies par cette affection que l'on rencontrait d'ailleurs chez la plupart des souris trouvées dans le même local à Paris. Quelques-uns même de ces animaux venaient mourir dans les chambres habitées, incapables qu'ils étaient de regagner leurs trous, parce qu'ils étaient devenus aveugles et sourds, par suite du développement de plaques faviques sur leurs yeux et dans leurs oreilles. Nous avons cité ce fait, pensant que cette épidémie de teigne faveuse chez les souris, pouvait se présenter aussi dans d'autres localités et peut-être s'étendre des souris aux chiens et aux chats, et de là, aux enfants qui jouent avec ces animaux.

Le *Paris-Médical* de M. Bouchut publie une observation de thoracentèse chez une enfant de six ans et demi, après anesthésie par le chloral. M. Bouchut donne le chloral à 2 et 3 grammes, selon l'âge et en une seule dose; il déclare que c'est un anesthésique parfait et sans inconvénient, puisqu'il l'a ainsi administré dans plus de dix mille cas. L'anesthésie chloralique rend l'opération très facile chez les enfants qui s'agitent, se débattent, fléchissent la colonne vertébrale du côté à opérer. Le sommeil anesthésique supprime cette résistance, quelquefois si difficile à vaincre, surtout chez l'enfant à qui on a déjà dû pratiquer une ou plusieurs fois l'opération, et quand il se réveille, au bout de trois heures, il ignore ce qu'on lui a fait et se trouve débarrassé, sans avoir rien senti.

La syphilis ignorée a des dangers spéciaux, qui tous sont dus à l'absence de traitement de la maladie. Quelles sont donc les causes qui contribuent à rendre la syphilis ignorée?

Dans une de ses leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis, publiée par le *Nouveau Journal médical*, M. le professeur Fournier les divise en cinq catégories qu'il n'est peut-être pas inutile de rappeler à la mémoire du praticien :

« 1° Le point de départ du mal est autre que les organes génitaux et la contagion n'est pas suspecte. Exemples : le chancre se produit sur la bouche, le visage, les doigts, le ventre, etc., par le moyen d'un enfant syphilitique, d'objets de ménage, par la vaccination, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par l'intermédiaire d'un couteau à papier, par le toucher vaginal chez les médecins et les sages-femmes, etc.

2° Les manifestations passent inaperçues par suite de leur peu d'intensité, ou parce que leurs symptômes ne sont pas nettement accusés. Le chancre peut être petit, superficiel, larvé ou caché, siégeant sur le col utérin, dans le vagin ou dans l'urèthre. La roséole apparaissant sur des parties couvertes, le dos ou la poitrine, les malades ne s'en aperçoivent pas ou l'attribuent à toute autre cause. La pléiade ganglionnaire de Ricord n'attire pas leur attention parce que le bubon est indolent et ne les gêne aucunement; les accidents buccaux sont pris pour des aphtes, ou des angines vulgaire, ou des accidents dus à l'abus

du tabac; les céphalées sont confondues avec la migraine, etc.

3° La syphilis est encore méconnue à cause de sa bénignité même. Les accidents primaires et secondaires sont peu accentués et il se manifeste après eux un long entr'acte d'indemnité absolue.

4° Une cause assez fréquente est due à ce que le principal intéressé est trompé à dessein, comme il arrive fréquemment pour un grand nombre de femmes mariées. Le coupable, amant ou mari, prévient le médecin, le supplie de ne rien dévoiler, et la femme est traitée sans connaître le nom de sa maladie.

5° En dernier lieu, il faut noter l'insouciance, la légèreté ou l'incurie du jeune âge, et aussi une confiance aveugle dans la femme aimée, qui la fait considérer comme incapable de transmettre une semblable maladie.

REVUE ÉTRANGÈRE

Action des anesthésiques. — En 1877, lors de la session de l'Association médicale britannique qui eut lieu à Manchester, un comité fut nommé pour étudier l'action des anesthésiques. Le rapport de ce comité vient d'être publié dans le *British medical Journal*, organe de cette association, (numéro du 18 décembre 1880). Il est impossible de publier une analyse de ce volumineux et savant rapport illustré de tableaux graphiques, de dessins histologiques, de reproductions d'appareils : nous allons nous borner à en extraire quelques renseignements pratiques. Le sujet est d'une importance capitale ; il me paraît avoir été admirablement étudié. Il nous semble aussi que le besoin d'une étude approfondie des anesthésiques était urgent, car les accidents mortels dus à leur emploi sont extrêmement fréquents en Angleterre. Il n'est guère de sommaire de journal où l'on ne rencontre la rubrique *Death from chloroform* (mort par le chloroforme), ou *death from anæsthetics*, car le chloroforme n'est pas l'unique coupable. Avec l'éther, c'est le plus employé (1). Les auteurs recommandent, quand on soumet un patient à un anesthésique, de ne pas seulement veiller au pouls, mais de faire aussi grande attention aux mouvements respiratoires. Si l'on observe une accélération anormale des mouvements respiratoires, il faut cesser momentanément l'administration de l'anesthésique.

Les anesthésiques, particulièrement le chloroforme, diminuent quelquefois soudainement la pression sanguine et provoquent l'arrêt du cœur : cet effet peut se produire quelques instants après qu'on a cessé l'administration du médicament.

La mort se produit aussi par l'arrêt brusque de la respiration. Dans tous les cas, la respiration artificielle est le moyen le plus efficace de ranimer la vie. Elle réussit *même lorsque le cœur a cessé de battre depuis un temps assez long*. On introduit une canule a trachéotomie par la bouche, ou lorsque ce procédé est impraticable, on fait la trachéotomie.

Les qualités et défauts respectifs des anesthésiques, sont les suivants : le chloroforme est plus agréable à respirer pour le patient et plus rapide dans son action : l'insensibilité est complète : il n'y a ni mouvements ni excitation pendant l'opération. En revanche, c'est le plus dangereux. Puis viennent l'éthidène et l'éther.

Rappelons aussi quelques moyens plus vulgaires de conjurer les accidents provoqués par les anesthésiques :

Le patient ronfle bruyamment, sa figure se congestionne : il avale sa langue. Lui pousser le manche d'une cuiller dans le fond de la gorge et abaisser fortement la base de la langue, ou saisir celle-ci par sa pointe avec une pince à pansement et la tirer au dehors.

Le malade pâlit : la respiration s'arrête ou le pouls devient insensible (syncope imminente). La situation est plus grave. Appliquer sur la figure une vigoureuse paire de soufflets — moyen excellent que j'ai vu employer par Maisonneuve avec une rare présence d'esprit et un plein succès — ou fouetter la figure avec une serviette mouillée. Mais le temps de prendre la serviette et de la mouiller est du temps perdu, et le temps perdu, c'est peut-être la mort. Nélaton opérant une jeune femme d'une très-haute situation lui sauva la vie à trois reprises différentes en lui faisant mettre brusquement la tête en bas. Quand on replaçait la patiente sur le lit, dans la position horizontale, l'état syncopal reparaissait. A Strasbourg, où on employait exclusivement le chloroforme et très-fréquemment, on n'a jamais eu, à ma connaissance, de mort à déplorer. Mais l'anesthésique était toujours donné, depuis plusieurs années, par la même personne et de la même façon. Les médecins militaires, adhérents ou lecteurs du *Concours Médical*, pourraient nous fournir à cet égard d'intéressants renseignements. Nous accueillerions avec empressement leurs communications.

La face humaine, ses modifications suivant l'état de santé ou de maladie, etc. — Tel est le titre d'un mémoire très original inséré dans le dernier numéro du *New-York médical journal*. (Décembre 1880). L'auteur étudie d'abord la situation des plis et des rides de la face, les groupe et leur attribue une signification propre. Telles sont les rides oculo-frontales (froncement des sourcils) qui expriment une douleur excessive de cause interne : le pli oculo-zygomatique (ligne de Jadelot) sous les yeux, exprimant chez les enfants une affection cérébrale ou nerveuse, et chez les adultes, quelque maladie des organes génitaux, masturbation ou excès vénériens : le pli nasal (ligne de De Salle) de l'aile du nez, au voisinage du coin de la bouche, qui paraît être l'expression d'une maladie intestinale, etc. Ces descriptions sont accompagnées de nombreuses gravures sur bois d'une détestable exécution. Généralement d'ailleurs, les gravures des journaux anglais ou américains sont très au-dessous des nôtres. L'auteur passe ensuite en revue les différentes modifications que présente la face dans son ensemble, (changements d'aspect, de couleur) ou dans ses détails (étude du nez, des yeux, etc.)

Une grave question! — Quand vous confiez votre tête à un de ces grands artistes qui opèrent dans les *salons* de coiffure, ils vous persuadent généralement qu'une bonne friction vous est indispensable pour nettoyer, assouplir votre cuir chevelu et donner de la vigueur à la sève capillaire. Ils ont importé d'Amérique, le *Shampooing*, friction compliquée d'un savonnage à grande eau. Ils vous lessivent la tête !... Or il s'agit de savoir si cette opération ne constitue pas un véritable dommage pour votre chevelure. Les crânes américains se révoltent et accusent les professeurs... de coiffure d'être leurs bourreaux !... Des lettres amères s'échangent dans les journaux ; on réclame l'avis des médecins. Ceux-ci sont divisés en deux camps : les uns favorables au *Shampooing*, les autres le condamnant comme une pratique désastreuse. Grave question ! *Is Sampooing advisable?* Un certain M. Léonard qui a écrit un traité d'hygiène du cuir chevelu et qui a recommandé le *Shampooing* succombe sous les récriminations de ses compatriotes : il s'en défend, il s'excuse! Bref, mes chers confrères, croyez-moi, n'abusez pas du *Shampooing* (prononcez *Champouing*, s. v. p.).

L'opinion du « Times » sur les médecins anglais. — Dernièrement, l'un de nos confrères, dans une lettre insérée à la Chronique professionnelle, paraissait envier le sort des médecins anglais et disait qu'ils avaient su se créer une autre situation que nous. La vérité est qu'en ce moment, les médecins anglais sont fortement dépréciés

(1) On commence à se servir beaucoup du bichlorure d'Ethidène $C_2H_4Cl_2$ isomère du bichlorure d'Ethène (nommé aussi bichlorure d'Ethylène). Cette année même le *Br. méd. J.* a publié (29 mai 1880) une statistique d'un Mr J. T. Clover, qui l'a employé dans plus de 1800 cas !...

devant l'opinion publique. Le *Times* de Londres, dans un article qui a fait sensation, les traite fort cavalièrement. Mais voici comment le *Times* a été amené à s'occuper des médecins. Dans une de mes précédentes revues, sous ce titre : *Le Charlatanisme en Amérique*, j'avais signalé la grande irritation qui règne dans le monde médical americain, contre l'impunité laissée jusqu'alors aux charlatans, et les mesures énergiques qui venaient d'être adoptées. Le trafic des diplômes à Philadelphie avait pris une extension scandaleuse, et le premier venu, moyennant une somme d'argent, achetait un titre de docteur, dont il pouvait se servir pour exploiter le public, déshonorant en Même temps la profession médicale.

Or, il paraît que la vaste officine du Dr Buchanan distribuait des faux diplômes au monde entier, à l'Allemagne et aussi à l'Angleterre. J'ai même raconté qu'un de ses courtiers, sous le nom de « Medicus » de Jersey, avait cherché à opérer en France. Douc, les Américains trouvent qu'il est temps que tout ce tripotage finisse, et en ce moment, des poursuites rigoureuses sont exercées contre tous ceux qui exercent la médecine sans titre légal. De là grand émoi dans Landerneau, et le *Times* a cru devoir, à ce propos, exprimer son opinion sur le monde médical. Pour lui les faux diplômes sont *presque* aussi bons que les autres : pour lui aussi, le titre de M. D. (docteur en médecine) devrait être supprimé, laissant à chacun le droit de s'intituler docteur quand il suit la profession médicale. Parlant des poursuites dirigées contre le Dr Buchanan pour sa fabrication de diplômes médicaux, il dit que les universités anglaises sont tout aussi coupables que lui, et qu'elles ont fait des grades, une simple affaire d'argent. Plusieurs milliers d'individus ajoutent à leur nom des titres tels que médecin, docteur en droit, etc., qui n'ont jamais subi un examen et qui n'ont même pas les connaissances exigées d'un B. A. (bachelier ès arts). Le *Times* conclut que le Dr Buchanan n'a fait que suivre le mépris universel pour la valeur des titres universitaires qui existent partout.

Comme le fait remarquer le *medical and surgical Reporter*, de Philadelphie, le *Times* juge la question à un point de vue « cynique. » C'est aussi mon humble avis : mais, franchement, après avoir été si lestement exécutés par ce puissant journal qui a nom le *Times*, les porteurs du titre M. D. doivent être quelque peu humiliés, et pour le moment, leur situation ne me paraît guère enviable.

Dr Marsh.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

GUÉRISON DE DEUX CAS GRAVES DE PRURIGO

Le prurigo, sous la forme décrite par Hebra, constitue une affection si rebelle, qu'il est utile d'enregistrer tous les moyens qui paraissent avoir donné quelques succès dans cette maladie. Les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* reproduisent deux observations publiées par les *Wiener medizinische Wochenschrift*, dans lesquelles la médication paraît avoir donné un succès complet. Dans le premier cas, observé par le professeur Lang, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'un prurigo intense. Depuis sa première enfance, il se plaignait d'un prurit très-pénible et presque insupportable, qui le privait de sommeil et depuis l'âge de treize ans l'empêchait d'aller à l'école; tous les remèdes employés n'amenèrent pas de soulagement.

Le Dr Lang prescrivit le traitement suivant : chaque jour un bain sulfureux; tous les deux jours, onctions sur tout le corps avec de l'huile phéniquée à 1/2 p. 100, et, après chaque friction, le malade restait plusieurs heures au lit, enveloppé dans des couvertures de laine. A l'intérieur, liqueur de Fowler, mélangée avec partie égale d'eau, à doses croissantes; la dose la plus élevée fut de vingt gouttes.

Une amélioration très-rapide se produisit, et au bout de deux mois environ, le malade sortit de l'hôpital dans un état très-satisfaisant. Toutefois il y rentra trois mois plus tard ; mais le prurigo était à peine reconnaissable ; la peau des joues et des jambes était encore plus rugueuse et moins souple qu'à l'état normal, mais on ne voyait pas de nouvelles ni d'anciennes efflorescences et l'engorgement ganglionnaire était insignifiant; chaque jour, deux bains sulfureux, onctions avec l'huile phéniquée et trois gouttes de liqueur de Fowler. On remplaça l'huile phéniquée au bout d'un mois ; par l'huile d'olives. Le traitement fut continué, mais en diminuant graduellement l'intervention thérapeutique, et il quitta bientôt l'hôpital, assez bien guéri, pour que quatre mois plus tard, il fût déclaré apte au service militaire.

Le second cas se rapporte à un petit garçon de deux ans, souffrant depuis l'âge de trois mois d'une éruption très-prurigineuse qui le tourmentait jour et nuit et donnait lieu à un grattage continuel. Tout le corps était recouvert d'un prurigo typique avec tuméfaction et induration des ganglions cervicaux et occipitaux, cruraux et inguinaux et du creux de l'aisselle, engorgement qui est caractéristique de cette forme de prurigo.

Pour la face, on prescrivit l'onguent diachylon, et, pour le reste du corps, le goudron. Il se produisit une amélioration progressive, et comme il ne survint pas de nouveaux symptômes, on ne fit bientôt plus les frictions de goudron qu'à de grands intervalles. Au commencement de cette année, la guérison ne s'était pas démentie depuis cinq ans, et la peau du petit malade était absolument indemne de lésions cutanées. Il résulte de ces deux faits qu'on ne doit pas considérer le prurigo comme incurable, même dans les formes graves et invétérées ; que, chez les enfants et chez les adultes, il est encore permis d'espérer une guérison durable avec un traitement continué pendant un temps suffisant. (*J. de méd. et de chirurg. prat.*)

PETITE CORRESPONDANCE

Dr D. 28 décembre. — Si, comme vous le dites, votre concurrent officier de santé, résidant sur la limite de votre département, exerce d'une façon charlatanesque, il vous est loisible de réclamer, à son égard, l'application de la loi qui interdit de franchir les limites de son département; pourquoi le tribunal ne l'appliquerait-il pas, puisqu'elle existe? — Vous seriez en présence d'un confrère irréprochable, que nous vous dirions *summum jus, summa injuria.*

DEMANDE :

Un pharmacien peut-il refuser de *rendre une ordonnance* à un client qui n'a pas assez d'argent pour en payer le prix ? De quel droit supprime-t-il ainsi la prescription urgente attendue par un malade ? N'y a-t-il pas abus criant et par quel moyen le faire cesser ?

RÉPONSE :

La prescription du médecin appartient au malade au même titre que l'argent qu'il a dans son porte-monnaie. Se l'approprier, le détenir, est un abus de confiance. Il y a des juges partout et l'intervention du maire de la commune suffirait au besoin. Le pharmacien serait en outre responsable de l'issue funeste de la maladie et passible d'une action civile.

AVIS

Nous avons informé les membres du Concours que des commissions d'études vont être constituées au sujet des intérêts professionnels.

Nous invitons ceux de nos lecteurs qui voudraient en faire partie, à nous écrire sans retard.

Nous leur adresserons tous les renseignements que nous pourrons posséder sur la question qu'ils auraient choisie, et nous publierons leur adresse, afin que les membres du *Concours* qui le désireraient, puissent leur écrire directement.

Ils doivent pouvoir nous promettre de nous envoyer un résumé pour la chronique professionnelle, dès qu'ils sont en possession d'un ensemble de faits. Ces rapports devront, à notre avis, comprendre l'extrait des points saillants des lettres reçues. Il est essentiel, en effet, de conserver à chaque correspondant son originalité. Ces résumés seront insérés dans la chronique professionnelle du journal, dès que nous en aurons pris connaissance et nous dirons notre avis s'il y a lieu.

Nous prions, de nouveau, nos confrères, *membres des sociétés locales*, de nous envoyer les rapports lus dans ces assemblées, quand ils les croiront de nature à nous éclairer.

Un docteur habitant un chef-lieu de canton du département de l'Aube demande un jeune docteur en médecine auquel il cédera sa clientèle *sans rétribution.*

CORRESPONDANCE

— Dr L., à H. (Seine-Inférieure), 26 décembre.
L'abonnement sera servi selon votre désir à M. T. Reçu le mandat.
— Dr B., à C. (Algérie), 26 décembre.
On vous a fait l'envoi des numéros réclamés.
— Dr R., à M., 27 décembre.
Les cinq abonnements sont faits.
— Dr D., à T. (Eure), 27 décembre.
Fait l'envoi réclamé. Reçu le mandat. Vous êtes inscrit participant. Vous dites que les habitudes médicales données à la population du pays que vous habitez, par une suite de médicastres, sont, pour longtemps un obstacle à tout changement et à toute amélioration de votre sort. Nous ne pouvons croire qu'un accord entre vos confrères et vous serait impuissant. Avez-vous tenté de réagir ? Au besoin nous adresserions le *Concours* aux confrères que vous nous indiqueriez dans ce but.
— Dr P., à F., 27 décembre.
Vous dites que les raisons qui vous ont déterminé à changer de résidence n'ont pas été appréciées par votre confrère et qu'il n'a pas compris votre vif désir de vivre en bons termes avec lui. Il serait pourtant bien souhaitable de le faire changer de sentiment et de lui prouver par vos procédés qu'en présence d'une décision dont vous êtes seul juge, l'accord serait le remède assuré des inconvénients qu'il a, lui aussi, le droit de redouter. En cas de difficultés le *Concours* est à votre service pour les atténuer.
— Dr L. C., à D., 25 décembre.
Ce n'est pas de notre fait que vous n'avez pas reçu les numéros réclamés. Vous êtes inscrit et les bandes se font régulièrement.
— Dr L. Paris, 26 décembre.
Oui, si vous êtes dans les conditions requises. Nous vous les indiquerons. Venez nous voir.
— Dr V., à St-F., 29 décembre.
Nous ne pouvons inscrire qu'en recevant la formule d'adhésion. Nous ferons l'envoi provisoire à M. S.
— Dr D., 307.
Non, notre confrère M., n'est pas encore pourvu d'un poste. Permettez-nous de nous étonner de votre question au sujet d'une maison de droguerie. La réponse est, depuis plusieurs mois, à la fin de la 2e page annonces du *Concours.* On nous a déjà fait diverses propositions pour la Bourgogne; on profitera de cette indication. Oui, le service des échanges pourra s'établir ; quant aux annonces de clientèles il se pratique, lorsque nous sommes renseignés directement par les nôtres ; vous auriez dû également vous en apercevoir.
— Dr B., méd. à M. Bouches-du-Rhône, 29 décembre.
Pour quelle raison l'envoi ne vous serait-il pas continué? Votre lettre est de celles qui nous font le plus de plaisir, puisque vous êtes au nombre des confrères à qui le *Concours* peut rendre service. S'il se rencontre des irrégularités de réception, veuillez réclamer à la poste ; c'est ce que nous avons déjà fait de notre côté.
— Dr C., à Ch. S. M., 27 décembre.
Votre chaleureuse adhésion nous fait vous demander s'il vous conviendrait de traiter une des questions d'intérêt professionnel ?
— Dr D., à D. (Pas-de-Calais), 30 décembre.
« Ce qui m'a encore séduit quand, il y a deux ans, je vous ai fait parvenir mon adhésion, c'était le peu d'autorité qu'avait alors votre nom. » Nous ne voulons retenir que ce passage de votre aimable lettre. Notre personne en effet ne peut être que subordonnée aux idées du *Concours médical.* Nous vous demandons si votre qualité d'ex-président, ne vous permettrait pas de devenir, plus tard, notre correspondant et l'un des membres du futur conseil général pour votre région.
— Dr C., à St-A. (Cher), 31 décembre.
Inscrit nos deux confrères. Envoyé la liste des adhérents des deux départements. Oui, l'impression est très favorable. Nous sommes à votre disposition pour les renseignements que vous souhaiterez.
— Dr de C., à C. (Loir-et-Cher), 1er janvier.
Oui, nous ferons tous nos efforts, comme par le passé et avec plus de méthode. Nous parviendrons à nos fins communes, dès l'instant que chacun nous aidera pour sa part, sous n'importe quelle forme.
— Dr L., à C. (Meurthe-et-Moselle), 2 janvier.
Votre envoi, qui est le premier, est le bienvenu.

Dr D., à La G. (Ille-et-Vilaine) Dr M., à St S. sur L. (Haute-Garonne). — Dr M., à B. (Gironde). — Dr D., à S. A. (Cher). — Dr S., à D. S. A. (Cher). — Dr C., à B. (Gard). — Dr J., à V. (Loir-et-Cher). — Dr V., à P. (Haute-Loire). — Dr M., à P. (Seine-et-Oise). — Dr D., à M. le R. (Haute-Marne). — Dr C., à C. sur M. (Marne). — Dr G., à M. (Loiret). — Dr D., à R. (Ardennes). — Dr B., à W. (Nord). Dr R., à C. (Indre-et-Loire). — Dr B., à C. du B. (Basses-Pyrénées). — Dr W., à V. sur C. (Cantal).
Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

15 Janvier 1881 — 3me Année. — No 3

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Comme nous l'avions annoneé, la question des *nœuds du cordon ombilical* est venue de nouveau en discussion devant l'Aeadémie.

Dans la séance du 4 janvier, *M. Guéniot* a lu une note de *M. Farabeuf*, coneernant la pièce anatomique que M. Guéniot lui avait remise; nous en extrayons les détails les plus importants.

Prenant le cordon *mince et aplati*, M. Farabeuf a poussé une injection jaune par les bouts ombilicaux des deux artères. « Dans aucune des deux, le liquide jaune n'a franchi le nœud. » Reprenant les vaisseaux près du placenta, « il y a poussé une injection rouge qui n'a pu arriver au contact de la masse jaune. » La disseetion ultérieure a montré que l'intervalle compris entre les deux masses injectées était de plusieurs centimètres et se trouvait à demi rempli par un liquide épais, granuleux, ressemblant à du sang maeéré. Enfin, une injection bleue, poussée dans la veine du même cordon et par son extrémité placentaire, ressortit bientôt par l'extrémité ombilicale.

Quant au *cordon cylindroïde*, ses deux artères et sa veine ont été remplies par le bout ombilieal avec la plus grande facilité.

De ces expériences *M. Guéniot* conclut que les deux artères *du cordon aplati* étaient obstruées au niveau du nœud et que cet obstacle suffit, selon toutes probabilités, à expliquer le dééès du premier fœtus. Quant au seeond fœtus, M. Guéniot explique sa mort soit par intoxieation, le sang du vivant et celui du mort se trouvant en communication; soit par embolie, soit enfin par un trouble profond de la circulation générale.

M. Depaul pesne que rien ne prouve que l'obstruction des vaisseaux ait existé pendant la vie; il ne voit, dans cette description, rien qui ne s'observe également chez tous les enfants morts dans l'utérus. — *M. Colin (d'Alfort)* se fondant sur ce point, « que l'impulsion cardiaque du fœtus est beaueoup plus faible qu'on se l'imagine », admet très bien l'explication que M. Guéniot donne de la mort du premier fœtus. Pour le second, il croit qu'il a dû succomber à la scepticémie et il affirme la possibilité de la putréfaction pour le fœtus contenu dans les membranes même intactes.

L'air agissant, à travers le corps de l'utérus entr'ouvert, sur la portion du chorion qui regarde la lumière de la cavité utérine, sur quelque partie du placenta, dont les adhérences sont détruites, sur les liquides de l'utérus, la putréfaction, commencée à l'extérieur, ne peut-elle pas, dit-il, se propager insensiblement vers les parties profondes?

Cette dernière assertion est relevée par *M. Depaul* etsurtout par *M. Blot* qui s'engage à donner à M. Colin la somme de 10.000 francs le jour où il apportera à l'Aeadémie un fœtus queleonque *putréfié* dans un œuf, dont les *membranes* seront *intactes*. — Les paris sont ouverts ! — Un de nos confrères de l'Union médieale remarque spirituellement que, si cet usage des paris se généralisait, il y aurait peut-être là un moyen d'arriver à la réalisation d'un palais convenable pour l'Académie.

Revenant au point de départ de la discussion, *M. Guéniot* nie que les caillots observés par M. Farabeuf soient, comme le pense M. Depaul

le résultat de la mort, puisqu'ils n'existaient que chez l'un des petits cadavres. Ils sont donc antérieurs à la mort du premier fœtus, et *probablement* ont causé cette mort. Quant à la mort du second, M. Guéniot, sans vouloir affirmer, d'une façon absolue, l'intoxication par septicémie, insiste sur le fait de la communication anatomique très-large, qui existait entre les deux placentas, et émet *l'hypothèse* que cette communication entre le mort et le vivant devait être nuisible à ce dernier. Peut-être même, ajoute-t-il, faut-il penser à la possibilité d'une embolie.

D$_r$ J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la dystocie occasionnée par la présence d'une tumeur pelvienne, par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(*Suite*).

II

Réflexions. — Il y a, dans le fait qui précède, deux circonstances dignes de toute notre attention. C'est d'abord le refoulement de la tumeur par le fœtus, aussitôt qu'il se présente par son extrémité la plus effilée. J'ai comparé cette action, qui jusqu'à présent avait échappé aux observateurs, à celle d'un coin. Evidemment elle doit se produire aussi bien dans l'accouchement naturel par les pieds, qu'après la version pelvienne. On en trouve un exemple vraiment remarquable dans l'observation publiée par *M. Thomas Beaty (The Dublin Journal of medical science, oct. 1840).*

Il importe de rappeler, en second lieu, le ramollissement si avantageux de la tumeur, sous l'influence du travail de l'accouchement. Cette heureuse modification ne doit jamais être négligée dans l'appréciation des indications à remplir. Elle a été signalée depuis longtemps par le *professeur d'Outrepont, de Würzbourg, (Neue Zeitschrift für Geburtskunde, 1er cah. du neuvième volume, 1839)*, à propos d'un accouchement qui se fit naturellement, malgré une grosse tumeur fibro-cartilagineuse située dans le petit bassin.

Dans ce cas, il s'agissait d'une tumeur occupant la face interne de la branche montante de l'ischion gauche et la branche descendante du pubis, douloureuse, très-dure, et d'un développement tel qu'il ne restait plus que 4 centimètres au diamètre transverse du détroit inférieur. L'extirpation préalable de cette tumeur, diagnostiquée dès le septième mois de la grossesse, ayant été proposée à la malade, fut absolument rejetée. Quatre jours avant le terme de la grossesse, le travail se déclara ; mais on ne put parvenir par le toucher, ni au col de la matrice, ni à l'enfant. Néanmoins peu à peu le fœtus descendit et l'on reconnut une présentation du siége. Ainsi la nature se servait du même expédient que l'art réalise en pratiquant la version, et, soit dit par anticipation, le succès ne fit pas défaut. En même temps que le fœtus cheminait à travers la filière pelvienne, la tumeur était devenue tellement molle que l'on pouvait dorénavant concevoir l'espérance de terminer l'accouchement sans extirpation préalable. Le tronc sortit aisément, mais il fallut recourir à une application de forceps, pour extraire la tête. Enfant vivant.

Trois mois après, on pratiqua l'extirpation de la tumeur. La masse enlevée, du poids de 368 grammes, était fibro-cartilagineuse et si dure qu'il n'y eut, dit l'auteur, que les personnes présentes à l'accouchement qui purent croire qu'elle avait subi un ramollissement momentané si favorable.

Ainsi la présentation du fœtus par l'extrémité pelvienne et le ramollissement de la tumeur, voilà sans contredit deux conditions excellentes propres à assurer l'issue du produit de la conception, arrêté dans sa progression par une tumeur intra-pelvienne. Ici, comme toujours, la nature est le guide le plus sûr et le meilleur, et ne semblait-elle pas dicter en quelque sorte la conduite de l'accoucheur, en le faisant assister à la terminaison spontanée de la parturition dans une foule de cas où la présentation du siége coïncidait avec la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse? Néanmoins jusqu'à présent, les hommes de l'art, négligeant le précieux enseignement des faits et ne se rendant pas compte des deux circonstances éminemment favorables que j'ai signalées, ont généralement banni la version de la pratique, dans les cas de dystocie due à une tumeur, comme s'il se fût agi d'un rétrécissement des détroits par malformation de la charpente osseuse !

On trouve cependant, éparses dans les annales de la science, quelques observations dans lesquelles on eut recours à la version avec plus ou moins de succès; mais cela, pour ainsi dire, à l'aventure, sans que personne ait osé en déduire une règle, que dis-je? en tirer une conséquence quelconque. Je citerai entre autres, le cas suivant consigné dans le journal *The Lancet, juillet 1840,* et rapporté par *M. J'on.* Appelé auprès d'une femme en travail, *M. J'on* reconnut la présence d'une tumeur volumineuse, émanant du sacrum et remplissant l'excavation. On ne pouvait sentir le col utérin. Trois heures après, le col devient accessible au doigt; l'enfant se présente par le vertex. L'accoucheur attend jusqu'au lendemain, on ne sait pourquoi, et termine alors l'acouchement par la version. Issue heureuse pour la mère, inconnue pour l'enfant.

L'année suivante, la femme ayant succombé aux progrès de sa maladie, la nécropsie montra que la tumeur adhérait aux vertèbres lombaires, qui étaient corrodées aux points de contact; qu'elle formait un sac énorme distendu par du pus verdâtre, pas très-fétide, en quantité considérable, (plus de quatre pintes) et qu'elle présentait des loges multiples, séparées par des cloisons distinctes. En même temps, l'utérus était développé

dans tous les sens, comme celui d'une femme enceinte de neuf mois: ce qui résultait d'une véritable hypertrophie des parois de l'organe, et nullement d'une distension de sa cavité. Les détails de l'observation, surtout la prolongation de la grossesse jusqu'à terme et l'absence complète d'hémorrhagie après l'accouchement, sont de nature à faire conjecturer que l'affection de la matrice a été consécutive à la parturition, et que la tumeur qui faisait obstacle à l'accouchement et qui était constituée par une collection purulente enkystée du bassin, était alors à peu près indépendante de l'utérus.

Dans ce cas, non-seulement la version a facilité l'expulsion du fœtus, mais encore la nature même de la tumeur rendue dépressible par la fluidité de son contenu, est venue en aide à l'opérateur.

M. Puchelt fils, qui, sous l'inspiration de son illustre maître, le professeur Nægelé, a publié un excellent travail, sous ce titre : *Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus, Heidelbergæ, 1840*, rapporte que deux fois on a fait la version dans des cas de tumeur de l'ovaire encombrant la cavité du bassin. Tout le monde sait que ces sortes de tumeurs affectent une prédilection marquée pour le cul-de-sac rétro-utérin, où elles commencent par se loger dans l'immense majorité des cas. L'opération n'a été heureuse pour la mère qu'une fois; dans ce cas, l'enfant, extrait vivant, succomba peu après; dans l'autre, la mère et l'enfant moururent. L'issue ne fut pas plus heureuse dans un cas où la version fut pratiquée après l'incision de la tumeur. Dans deux cas de tumeur développée dans le tissu cellulaire du bassin, la version n'a pu sauver qu'une fois la mère et les deux enfants ont succombé. Notons toutefois que l'application du forceps n'a pas donné de meilleurs résultats dans ces circonstances épineuses.

III

Conclusion. — En somme, on voit que la présence des tumeurs intra-pelviennes, entraine des difficultés redoutables, et qu'on ne peut se flatter d'en triompher habituellement, sans éprouver un insucès au moins relatif, soit du côté du fœtus, soit du côté de la mère. Dans ces conjectures si graves, j'insiste pour qu'on ne se prive pas, de parti pris, du secours précieux que peut apporter la version. Il appartient à l'accoucheur de peser les raisons qu'il y a d'adopter cette opération plutôt que toute autre et de ne se déterminer qu'après de mûres réflexions. Si la tumeur paraît suffisamment ramollie et mobile, on ne se laissera pas effrayer par son volume. On se rappellera que l'ascension en devient possible, quand le fœtus, au lieu de la heurter de front, l'écarte graduellement en s'insinuant dans la filière pelvienne par son extrémité plus effilée, et l'on tentera la version, plutôt que de recourir à l'opération césarienne qui, en définitive, n'est qu'un pis-aller, une ressource extrême. Mais loin de nous la pensée de faire de la version un emploi constant, une règle invariable. Nous savons bien qu'il peut se présenter telles circonstances où la dureté, l'incompressibilité et la fixité de la tumeur imposeront une ligne de conduite toute différente. (*A suivre.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Notes de chirurgie d'après une clinique de M. le professeur Gosselin.

I

Fracture comminutive grave de la partie inférieure du fémur gauche avec large plaie communiquant à l'extérieur; fracture de la jambe droite. — Gangrène galopante. — Amputation de la cuisse gauche. — Mort.

Dimanche soir, 2 janvier, est entrée à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin, une femme qui avait été renversée par un omnibus dont les roues lui avaient passé sur les jambes. M. Pozzi, appelé pour l'examiner, constata une fracture de la partie inférieure du fémur gauche communiquant à l'extérieur par une vaste plaie siégeant surtout en arrière, dans le creux poplité. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie considérable, bien que le chirurgien constatât une large division de la veine poplitée. En raison de l'heure avancée, et des inconvénients qu'il y a toujours à pratiquer une grande opération à la lumière artificielle, M. Pozzi, qui, dans le jour, aurait incliné pour une amputation immédiate, crut pouvoir différer jusqu'à la visite du professeur qui devait se faire le lendemain matin. Outre cette lésion de la cuisse gauche, cette femme avait une fracture de la jambe droite avec plaie.

Lundi, M. Gosselin examine la malade à son tour. Il fait les mêmes constatations que M. Pozzi, et signale l'insensibilité du membre gauche, plus marquée à la face dorsale du pied et au côté interne. Le refroidissement de cette partie du corps était évident.

A quoi fallait-il rapporter ces symptômes? A la gangrène ou à une lésion du nerf sciatique et de ses divisions, le poplité interne et le poplité externe? Le premier jour, on a opiné pour cette dernière hypothèse, en se fondant sur ce fait, que, lorsque la gangrène est en jeu, l'insensibilité et la réfrigération d'un membre s'accompagnent d'un gonflement œdémateux et d'une coloration bleuâtre de la peau.

Le mardi cependant, la malade ayant eu dans la nuit une fièvre assez forte, on défait l'appareil qui recouvrait sa jambe gauche. Il n'existe ni

œdème, ni couleur bleuâtre de la peau, rien en un mot qui indique nettement une gangrène imminente. Ce mouvement fébrile est mis sur le compte d'un commencement de septicémie aiguë, et comme d'après les auteurs qui ont écrit à ce sujet, et d'après sa propre expérience, M. Gosselin a appris que cette fièvre peut indépendamment de la gangrène, amener la mort à bref délai, il propose immédiatement l'amputation à cette femme. Elle refuse, sous prétexte d'attendre l'avis de son mari, et perd ainsi vingt-quatre heures, pendant lesquelles la septicémie fait des progrès. Aussi, le lendemain, mercredi, lorsqu'on découvre le membre pour l'amputer, la gangrène est manifeste : il y a la couleur caractéristique de la peau, l'œdème, et cette odeur *sui generis*, sur la signification de laquelle on ne saurait se méprendre. On était en présence d'un de ces cas désignés, depuis quelque temps déjà, sous le nom de gangrène galopante ou foudroyante, sur lesquels Maisonneuve d'abord et, plus tard, M. Richelot avaient particulièrement attiré l'attention des chirurgiens. Dès qu'elle se montre, cette gangrène conduit rapidement à une issue fatale.

Laisser la malade dans cet état, c'était la vouer à une mort certaine ; d'un autre côté, une amputation pratiquée dans des conditions aussi mauvaises, ne pouvait guère faire espérer un heureux résultat. En présence d'une si cruelle alternative, et se laissant guider par une lueur d'espoir, bien faible, il est vrai, M. Gosselin décide l'amputation immédiate. Mais à peine a-t-il fait une première incision comprenant la peau et une partie des muscles, que des gaz fétides s'échappent des tissus sectionnés et viennent apprendre que la putréfaction a commencé de se faire et que les produits septiques ont déjà presque certainement passé dans le torrent circulatoire. Il n'y avait plus d'illusion à se faire sur le sort qui attendait cette femme. — L'amputation est terminée, et la malade succombe quelques heures après.

C'est un exemple de gangrène galopante qui a mis un peu plus de temps que d'habitude à faire son apparition, mais qui a progressé rapidement et s'est terminée par la mort. Il se dégage de ce fait une leçon très-utile et qu'il ne faudra pas perdre de vue : *Dans les cas de broiement des membres, avec imminence de gangrène, si l'on constate le refroidissement et l'insensibilité, il faut faire l'amputation, quand même les autres signes feraient défaut.*

Voyons maintenant les lésions que l'autopsie nous a révélées, et les rapports qui existent entre elles et les phénomènes observés du vivant de la malade.

Du côté des nerfs, nous ne trouvons pas quelque chose qui puisse nous expliquer sûrement l'insensibilité du membre. Il n'y a pas de section. Cependant le sciatique poplité interne et le sciatique poplité externe, immédiatement au-dessous de leur origine, paraissent avoir subi une élongation, et les tubes nerveux, à ce niveau, semblent disparus en partie.

La veine poplitée est divisée largement comme cela, du reste, avait été constaté dès les premiers jours. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'artère poplitée elle-même est coupée en travers, et ce fait était passé inaperçu parce que la malade n'avait pas eu d'hémorrhagie considérable. Nous avons donc vu une solution de continuité intéressant une grosse artère, dont la section entraîne d'habitude une hémorrhagie foudroyante, ne pas donner de sang dans ce cas particulier. Ceci s'explique par l'allongement forcé de l'artère et l'arrachement.

Les tuniques artérielles résistent d'une façon inégale : l'interne se divise la première ; la moyenne se déchire ensuite ; enfin, l'externe, celluleuse, se rompt en dernier lieu, et à ce moment, revient sur elle-même, se ratatine, et constitue à son extrémité, une sorte de bouchon qui engaîne un bouchon semblable formé par la tunique moyenne, et empêche le sang de sortir. Les expériences sur les animaux, et certaines plaies par arrachement chez l'homme, ont démontré surabondamment ce fait. Chez notre malade, rien dans les commémoratifs ne pouvait faire supposer une pareille lésion artérielle. Cette femme en effet a été écrasée par une roue d'omnibus, et l'on ne voit pas comment l'attrition des tissus qui s'est produite a dû provoquer l'allongement des vaisseaux et leur rupture. Quoi qu'il en soit, si l'idée d'une section de l'artère poplitée fût venue à l'esprit, elle aurait constitué un argument d'un grand poids en faveur de l'amputation ; car il ne faut pas oublier que, lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture comminutive avec plaie et division artérielle, la gangrène est presque inévitable, surtout lorsqu'il existe en même temps une interruption de la circulation veineuse comme chez notre femme.

La section de l'artère poplitée nous explique l'apparition tardive de l'œdème. Quant aux lésions osseuses, elles se composent surtout d'une fracture oblique du fémur à la partie inférieure, et d'une fracture fissurique intercondylienne qui semble se prolonger jusqu'à la première.

En résumé, cette femme nous a présenté une fracture comminutive du fémur avec grande plaie, et division de l'artère poplitée sans hémorrhagie. Le membre est devenu un peu tardivement le

siége d'une gangrène galopante qui a emporté la malade quelques heures après l'amputation.

II

Contusion à la suite d'un coup de pied sur l'abdomen ; rétention d'urine ; péritonite partielle.

Au nº 13 de la salle des femmes, se trouve une malade âgée de 35 ans, journalière, qui présente une particularité instructive, parce qu'elle peut facilement donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Le 1er janvier au soir, cette femme a reçu un coup de pied dans le bas-ventre. Elle aurait à ce moment, vomi un peu de sang. Depuis lors, elle a éprouvé de grandes douleurs et a complètement perdu l'appétit. Elle entre à l'hôpital le 6 janvier. En la découvrant pour l'examiner, deux choses frappent d'abord l'attention. Le ventre est ballonné, résistant ; la pression est douloureuse à gauche, à l'hypogastre. La percussion, sonore au-dessus de l'ombilic, donne de la matité au-dessous.

Une péritonite généralisée s'accompagne ordinairement d'un son tympanique produit par les gaz qui distendent les intestins. Cette idée nous a fait examiner l'état de la vessie. Beaucoup de femmes, après leurs couches, ou après des traumatismes, n'urinent pas et ne s'aperçoivent même pas de ce fait. Si elles souffrent, d'autres circonstances expliquent leurs douleurs qu'elles ne songent pas à rapporter à la vessie. En outre, elles urinent un peu, et s'imaginent qu'elles urinent assez. Chez notre femme, il a fallu attirer son attention de ce côté pour savoir que sa miction a été moins abondante. Cette fonction est supprimée depuis hier matin, mais la malade n'en a cure ; elle ne voit là rien d'extraordinaire et pense qu'elle urinera aujourd'hui. On la sonde, et l'on retire au moins deux litres de liquide. Le ventre s'affaisse immédiatement. Notons donc bien ce fait, et rappelons-nous que si nous sommes consultés pour des douleurs de ventre par une femme relevant de couches, ou ayant subi un traumatisme sur l'abdomen, il faudra songer à la rétention d'urine comme une chose possible. — Mais cette femme, n'a-t-elle que cela ? Elle a beaucoup souffert ; elle a vomi du sang, et après l'évacuation de la vessie, la douleur subsiste. Il est probable qu'il y a un peu de péritonite traumatique et c'est elle qui aurait amené la rétention d'urine. La péritonite se serait développée à la suite d'une contusion transmise par l'intermédiaire de la paroi abdominale. Il est bon de faire ici une remarque au point de vue du pronostic, qui doit être réservé.

Les contusions du ventre peuvent produire une contusion de l'intestin avec eschare et il ne faut pas se laisser induire en erreur par l'aspect de la paroi abdominale, qui parfois ne conserve pas la moindre trace du coup qu'elle a reçu.

Dans ces cas, les lésions intestinales, provoquent autour d'elles un peu de péritonite. Le véritable danger, provient de l'eschare, car si elle se détache avant que des adhérences ne se soient établies entre l'intestin et la paroi abdominale, il survient une péritonite suraiguë rapidement mortelle. — Les symptômes que présente notre malade, sont si légers qu'il ne faudrait pas assombrir le pronostic, et cette petite digression a pour but de montrer seulement ce qui pourrait survenir en pareil cas.

Traitement. — La malade doit garder le repos le plus absolu. Elle remuera le moins possible. On pourrait donner peut-être un peu d'opium dans le but de paralyser l'intestin et de favoriser ainsi les adhérences, si elles doivent se faire. Mais comme l'opium agit sur les fibres musculaires de la vessie, il est contre-indiqué, dans le cas particulier qui nous occupe, par la rétention d'urine. On ajoute des frictions calmantes et des cataplasmes sur le ventre. Dr E. S.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous avons annoncé que nous allions provoquer la rédaction des *cahiers de réclamations législatives* du corps médical. Dès aujourd'hui, il est créé une commission de *révision de la législation médicale*.

Tous nos confrères sont invités à signaler les points de la législation actuelle qu'ils croient susceptibles de modifications, ainsi que les solutions qui leur paraîtraient équitables.

Les communications concernant les études sur la nécessité des *syndicats médicaux* ; leur existence en fait, sous diverses formes ; leur organisation possible, etc., doivent être adressées à *M. le Dr Margueritte, au Havre* (Seine-Inférieure).

Toutes les *communications, observations, objections* relatives à la constitution du *Concours médical,* sous forme de société, doivent être adressées à la *Direction.*

Nous avions bien raison de dire qu'une salu-

taire agitation professionnelle, notamment au point de vue de l'assistance confraternelle, se dessinait de plus en plus en France, comme à l'étranger.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie du *Concours médical, société Arti et Amicitiæ; société des Old-Fellows* et avant tout *Association générale* des médecins de France, tels sont les courants actuels les plus saillants. Cette tendance à créer des institutions qui viendront en aide au médecin isolé ne peut être que féconde; il est de notre devoir d'y applaudir. Le *Concours médical* verra à faire son profit de ces éléments et il saura participer à leur mise en œuvre.

I.

Société Arti et Amicitiæ.

L'Union médicale, toujours empressée à signaler, à encourager toutes les institutions ayant pour but la protection et l'amélioration des intérêts professionnels du corps médical, ne peut se désintéresser du projet de la fondation de la Société *Arti et amicitiæ* pour la création d'une maison de retraite et de santé en faveur des artistes, des hommes de lettres et de science.

Le fondateur de cette Société, M. Norbert-Vuy, qui consacre une partie de sa fortune (400,000 francs) à la fondation de cette institution, rappelle avec justice que, en ce qui concerne le Corps médical, le projet d'une maison de retraite pour les médecins vieux et infirmes, fut proposé, comme complément de l'Association fondée par Orfila, par les honorables et distingués confrères Dumont (de Monteux), Amussat, Munaret qui malgré leurs pressantes et éloquentes instances, ont eu la douleur de ne pas le voir aboutir.

Le projet de M. Norbert-Vuy sera-t-il plus heureux? Tout le fait espérer.

D'abord, l'intervention si généreuse de son promoteur fait admettre que c'est là un projet sérieux, bien étudié, et dont l'exécution est possible.

Puis, le projet a déjà reçu une première sanction administrative, c'est-à-dire que la Société est autorisée par arrêté du ministre de l'intérieur.

Ensuite, sa première liste d'adhésion est considérable autant par le nombre que par la qualité des savants, artistes, médecins, hommes du monde et de toute profession.

Enfin, les statuts paraissent avoir été rédigés avec une grande prudence et une entente parfaite des conditions à remplir pour obtenir le succès.

Nous ajouterons que nous n'avons aperçu, dans ce projet, aucune pensée de concurrence ou de critique vis-à-vis des institutions déjà existantes. Au contraire, ce projet peut les aider à compléter leur œuvre de mutualité et, de leur côté, elles peuvent lui prêter un efficace appui. Nous ne pouvons oublier, ici, que le dernier paragraphe de l'article 6 des statuts de l'*Association générale* est ainsi conçu : « Le but de l'Association est.... de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance. »

Il est évident que les rédacteurs de ces statuts avaient précisément en vue la fondation de maisons de retraite.

Voici, d'ailleurs, en quels termes M. Norbert-Vuy, à la dernière session de l'Association française pour l'avancement des sciences tenue à Reims, a exposé le but de l'institution nouvelle :

« Un groupe d'hommes éminents appartenant à notre Institut et à toutes nos illustrations, a été frappé de la nécessité impérieuse d'une puissante Association de secours entre tous les hommes voués aux professions libérales, et ils ont fondé la Société de protection mutuelle, *Arti et Amicitiæ*, pour assurer les soins et un abri à ceux que leurs forces ont trahi sur la route.

Le but principal de la Société est la fondation d'une villa de retraite et d'une maison de santé pour tous les hommes de lettres et de science, nos ingénieurs, nos artistes, et, enfin, pour les ouvriers de l'esprit et de l'intelligence que la vieillesse ou les maladies obligeraient à abandonner leur carrière.

Cette création ne sera pas un nouvel hôpital, mais une confortable villa de retraite, digne d'hommes ayant travaillé au progrès des sciences, des lettres et des arts ; et où les sociétaires seront chez eux sans avoir à souffrir de l'idée d'être l'objet d'un acte de bienfaisance.

Chacun aura son toit, ses livres, son jardin, et partant, la légitime récompense de ses travaux passés.

La maison de santé accueillera les sociétaires jeunes ou vieux que la maladie condamnerait à suspendre momentanément leurs travaux.

La Société exclut toute idée de bienfaisance. Le bienfait sera dans l'Association même, œuvre de tous. Chacun doit y contribuer par un droit d'admission de 5 fr. et une cotisation annuelle de 24 francs. Cette faible contribution de 7 centimes par jour assurera chaque sociétaire contre les mauvaises chances de la vie dont personne ne se peut dire à l'abri.

Cette modique cotisation, à la portée des plus humbles fortunes, serait insuffisante pour réaliser le but proposé et créer par la suite une caisse d'assurances et de pensions viagères pour les veuves et les orphelins, si la Société ne tirait d'immenses ressources de la diversité de ses éléments parmi lesquels se trouvent de généreux donateurs, des artistes incomparables, et tous les genres d'illustrations. Tous les sociétaires doivent être fidèles à la devise de la Société : *Inter amicos laborandum;* et, par suite, chacun doit travailler dans l'intérêt de tous, et, de ces efforts communs, sortir l'organisation au profit de la Société, d'expositions, de ventes d'objets d'art, de conférences, de concerts, de fêtes, de représentations, de tombola et de loteries.

Des donations considérables, dès à présent, sont proposées et n'attendent pour être acceptées de la Société déjà autorisée, que sa reconnaissance comme établissement d'utilité publique.

La Société *Arti et Amicitiæ* est fondée non dans un esprit de rivalité, mais avec le désir le plus sincère de servir de complément à toutes les Sociétés savantes, littéraires et artistiques, en leur offrant les moyens d'assurer des soins et un abri convenable à tous leurs sociétaires déshérités de la fortune.

Elle désire aussi être utile aux héroïques membres du corps médical, si souvent victimes de leur dévouement à la science et à l'humanité.

L'idée première d'une maison de retraite pour les vieux médecins fut émise en 1850 par MM. les docteurs Dumont, Munaret, et de Pietra-Santa, et formulée par le docteur Orfila, comme le complément naturel de l'Association des médecins de la Seine. Ce projet a été immédiatement mis en pratique par l'Angleterre; et la France attend encore depuis trente ans sa réalisation.

C'est ce généreux projet que les fondateurs de la Société *Arti et Amicitiæ* ont tiré de l'oubli et ont réalisé dans des proportions plus larges. Ils ont voulu élever un monument de la reconnaissance nationale, non-seulement aux membres du corps médical, mais à tous ceux qui ont travaillé aux progrès des sciences, des lettres et des arts. A ce titre, ils font appel au concours de tous nos grands noms et de tous les hommes d'intelligence et de cœur, ainsi qu'au gra-

cieux patronage des dames françaises, toujours dévouées aux œuvres grandes et généreuses. »

Nous serions bien trompés dans notre attente si cette communication n'était pas favorablement accueillie par nos lecteurs. Il n'y a, croyons-nous, aucune outrecuidance à dire que l'UNION MÉDICALE n'a pas été tout à fait étrangère au succès de l'Association générale; c'est aussi très sincèrement qu'elle exprime le vœu de n'être pas complètement inutile au progrès de la Société *Arti et Amicitiæ*. — A. L.

(*Union médicale*).

Nous apprenons qu'après avoir conféré ensemble *l'honorable trésorier de l'Association générale, M. le Dr Brun, et le Directeur de la société Arti et Amicitiæ* ont arrêté le mode le plus efficace de coopération pour la *Société des médecins de France* : une proposition sera faite, à cet égard, à la prochaine réunion du Conseil général.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette intelligente initiative du Conseil général de l'Association. Elle peut prêter un puissant appui à M. Norbert-Vuy, au grand avantage de ses huit mille adhérents.

II.

Les Old Fellows

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié l'étude que nous avons consacrée à différents projets d'assurance mutuelle entre médecins; nos conclusions ont été qu'une semblable assurance est d'une création difficile; que les avantages matériels qu'elle présente sont douteux; que la fondation d'une *caisse commune de prévoyance* entre médecins déjà assurés à une compagnie quelconque offre moins de difficultés pour le présent et de plus sûres garanties pour l'avenir; enfin que les sociétés locales affiliées à l'Association générale des médecins de France sont parfaitement en état, avec leur fonds de réserve de reconstituer cette caisse commune de prévoyance, destinée à venir en aide à ceux des sociétaires qui ne pourraient accidentellement payer leur prime d'assurance.

Deux honorables médecins de l'Eure, MM. Bigourdan et Ducosté (de Brionne), ayant la même opinion que nous sur les difficultés, sinon l'impossibilité (1) de la création d'une association d'assurance mutuelle entre médecins, d'après le système proposé par la *Tribune médicale*, ont soumis à la société locale de leur département un nouveau projet qui semble d'une réalisation plus facile et mérite, en tout cas, de fixer l'attention de tous ceux que préoccupent les intérêts matériels et moraux de notre profession. Nos deux confrères commencent par déclarer que l'idée de ce projet ne leur appartient pas : ils en ont trouvé la conception, et ce qui est mieux encore, la réalisation heureuse et féconde en Amérique, aux Etats-Unis, parmi des Français expatriés.

L'esprit de fraternité, le sentiment de solidarité, le besoin de s'unir pour lutter contre les difficultés de l'existence, ne s'éveillent jamais aussi vifs que lorsqu'on est loin de la mère-patrie : c'est ce qu'ont éprouvé, il y a longtemps, nos compatriotes d'outre-mer. Ils ont fondé, sous le nom de *Old fellows* (les vieux camarades), une association ayant pour but de faciliter à la veuve et aux enfants du sociétaire décédé le rapatriement, ou de leur fournir les moyens nécessaires pour continuer les affaires du défunt. Cette association n'a pas tardé à prospérer, à devenir riche et à servir d'exemple à d'autres associations du même genre.

Cela dit, voici comment nos deux confrères de l'Eure comprendraient le système des *Old-fellows* appliqué à notre profession.

« Supposons, disent-ils, que nous nous associons entre nous à mille. Chacun de nous, en entrant à l'association, versera 25 francs; nous aurons donc de suite 25,000 francs. Cette somme constituera notre fonds de réserve.

« Un de nous vient à mourir : chacun des survivants envoie 5 fr., ce qui fait à la veuve ou aux héritiers 5,000 fr., moins 5 fr.

« Le sociétaire mort est de suite remplacé par un autre qui apporte, lui aussi, sa prime d'entrée de 25 fr., de sorte que, si chaque décès est une perte pour chaque sociétaire, il est en même temps une source d'augmentation du capital social. Il n'y a donc pas à craindre que, la mortalité étant une année plus forte, l'association soit ruinée. Les sociétaires seuls auraient, en pareil cas, plus à payer ; par contre, l'association n'aurait qu'à y gagner.

« Dans les assurances la prime, fût-elle trimestrielle, est toujours forte, et il peut arriver qu'un associé fut momentanément dans l'impossibilité de la payer : ne la payant pas, il perd ses droits. Dans notre projet, les sommes versées à chaque décès peuvent former à la fin de l'année un total respectable, et conséquemment pourraient gêner le sociétaire s'il devait les payer en une ou deux fois; mais ne devant être soldées que par fractions de cinq francs, elles deviennent pour lui une chose presque insignifiante. Dût-il arriver d'ailleurs que le sociétaire ne put momentanément faire face à ses engagements, il pourrait alors demander un secours, c'est-à-dire le payement provisoire de ses primes, secours qui serait pris sur le fonds de réserve. L'actif social, n'appartenant pas à des actionnaires, comme celui des compagnies, mais en réalité à tous les sociétaires, peut recevoir toute destination prévue dans les statuts.

« Dans les *Old fellows*, comme dans notre association, la radiation est prononcée contre les membres devenus indignes et ceux qui ne veulent plus payer leurs cotisations,

« Ainsi ce n'est pas en réalité une assurance mutuelle sur la vie, mais bien une société de secours mutuels *post mortem*. En l'envisageant comme telle, le Conseil d'Etat ne pourrait refuser l'autorisation. Cette Société de *vieux camarades*, de *bons camarades*, serait le complément de l'Association générale. En effet, l'Association générale ne doit secourir que les malheureux d'entre nous et ne doit qu'indirectement s'occuper de leurs veuves, tandis que les *Old fellows* laissant de côté le sociétaire qui, de son vivant, peut être secouru par l'Association générale ou la Société locale, ne s'occupent que de ses survivants. Et bien loin de demander que l'assuré reçoive un secours de l'Association générale nous avons la ferme conviction que plus tard la Société des *vieux camarades*, devenue elle aussi, comme celle des *Old fellows* d'outre-mer, riche et puissante, grâce à son actif social, pourra, et ce sera son devoir, venir en aide à l'Association générale. »

Tel est le plan conçu par MM. Bigourdan et Ducosté. Nos confrères entrent ensuite dans des détails d'organisation et de fonctionnement d'où il résulte qu'en supposant vingt décès par mille associés, moyenne plus élevée que celle qui figure dans les tables de mortalité de vingt-cinq à soixante-quinze ans, et en

(1) MM. Bigourdan et Ducosté font valoir, entre autres arguments à l'encontre de ce projet, le refus constant que le Conseil d'Etat a jusqu'à ce jour opposé à la création des compagnies françaises d'assurances mutuelles sur la vie, et la probabilité qu'il ne se départira pas de cette réserve en faveur de la profession médicale.

tenant compte des frais de gestion, d'ailleurs minimes, supportés par les associés, chaque *Old fellow* aurait à verser par an 116 fr. 50. Dans les compagnies d'assurances, la prime annuelle à payer, de vingt-cinq à trente ans, pour une assurance sur la vie entière de cinq mille francs est de 125 fr. Cette prime croît, il va sans dire, avec l'âge de l'assuré au moment de son contrat. Enfin on ne doit pas oublier que l'examen médical préalable de l'assuré est une condition *sine quâ non* de tout contrat d'assurance. La Société des *Old fellows* présente à tous ces points de vue, de sérieux avantages; la prime qu'elle réclame de ses adhérents est inférieure à celle des compagnies d'assurances; cette prime est la même pour tous les sociétaires de vingt-cinq à cinquante ans à qui elle ouvre ses rangs; enfin, fondée avant tout sur le principe de la fraternité, elle ne s'enquiert pas plus de l'état de santé que de l'état de fortune de ceux qui frappent à sa porte; elle exclut l'examen médical.

Le système que nous venons d'exposer mérite d'être étudié et discuté. Il simplifie, plus qu'aucun autre, les rouages d'organisation et d'administration. Pas n'est besoin, au début, comme dans les autres systèmes, d'un capital social considérable destiné à pourvoir aux éventualités. Le nombre des employés de toutes sortes dont le traitement contribue à grever le budget de semblables associations est réduit au minimum : les primes étant encaissées par la poste au même titre que les quittances de journaux ou les cotisations de sociétés savantes, un président et un secrétaire suffisent à la besogne; chaque sociétaire bénéficie donc, dans la plus grande mesure possible, des avantages matériels de l'association.

Toutefois, il ne faut pas se le dissimuler, le système des *Old fellows* n'est pas à l'abri de toutes les objections qui ont été adressées au projet de la TRIBUNE MÉDICALE. Ici encore, comme dans tous les projets analogues, on prend pour point de départ le chiffre de mille adhérents. Nous avons montré ailleurs que ce chiffre ne sera pas aussi facilement atteint qu'on paraît le supposer. Or peut-on avoir une ambition plus modeste que celle de laisser à sa veuve et à ses enfants une somme de cinq mille francs, et l'association qui ne pourrait garantir ce résultat aurait-elle quelque chance de recruter des adhérents?

Admettons qu'il y ait mille associés : MM. Bigourdan et Ducosté ne doutent pas que les vides ne soient comblés au fur et à mesure qu'ils se produiront. Certes il est permis de l'espérer; mais dans le cas contraire il y aurait des dispositions à prendre pour assurer autant que possible, l'égalité entre les sociétaires. En effet, la veuve ou les héritiers des premiers décédés toucheraient le capital à peu près intégral de 5,000 fr., tandis que la veuve ou les héritiers des derniers recevraient ce même capital diminué d'autant de fois cinq francs qu'il y aurait eu de décès antérieurs; or ces sociétaires, si mal partagés, seraient précisément ceux qui auraient payé le plus de primes. Le fonds de réserve pourrait être utilisé pour garantir aux sociétaires une répartition plus équitable des avantages de la Société.

Nous signalerons un autre point à nos confrères de l'Eure. Dans une compagnie d'assurances chacun proportionne le capital pour lequel il s'assure d'abord, aux ressources qui lui permettent de payer la prime annuelle, ensuite aux charges ou aux nécessités que devront subir les siens le jour où il viendra à leur manquer.

Dans le projet en question, les *Old fellows*, quels que soient leurs besoins et leur légitime ambition, passent sous un même niveau. Or ce qui, dans de telles conditions, constitue la véritable égalité, c'est la proportion gardée entre les charges et les profits. Il y aurait donc lieu, dans l'intérêt de l'œuvre, de permettre à un sociétaire d'assurer à sa veuve ou à ses enfants une somme supérieure à 5,000 fr., en augmentant proportionnellement la prime qu'il aurait à payer à la mort de chacun de ses co-associés, ou en dédoublant cette prime et en mettant une partie au fonds de réserve. Il ne faut pas oublier, d'un autre côté, qu'en vue d'arriver au même résultat par une autre voie, on ne saurait augmenter indéfiniment le nombre des sociétaires, car, le nombre des décès croissant dans la même proportion, le total annuel des primes pourrait atteindre un chiffre inaccessible aux déshérités de l'association. Il y a là des intérêts non pas précisément opposés, mais néanmoins un peu divergents, qu'il faudra savoir concilier.

Nous n'insisterons pas davantage sur le système des *Old fellows;* nous en avons dit assez pour montrer qu'il mérite d'être pris en sérieuse considération. Il est à désirer que la Société locale de l'Eure, après l'avoir examiné et discuté, en saisisse le Conseil général de l'Association générale des médecins de France, dont le concours peut être très utile à la réalisation du projet, et ne saurait manquer à une œuvre de ce genre. C'est ainsi que, tout récemment, le Conseil général a promis d'associer ses efforts à ceux de M. Norbert-Vuy pour le développement et l'extension de la Société *Arti et Amicitiæ*, dont nous avons annoncé la fondation. Que si le concours de l'Association générale leur faisait défaut, MM. Bigourdan et Ducosté ne devraient pas se décourager; ils pourront compter sur l'appui de la presse médicale, toujours dévouée aux intérêts professionnels.

(*Gazette medicale de Paris*).

Dr F. DE RANSE.

Nous félicitons M. Ducosté, membre du *Concours médical*, de son intelligente initiative.

III

Caisse de pensions du corps médical belge

M. le Dr Schoenfeld, au banquet du 25 novembre, a prononcé le discours suivant, qui nous fait connaître les traits généraux de cette institution d'assurance confraternelle en plein fonctionnement.

Nous espérons pouvoir publier bientôt le règlement de cette Caisse.

Messieurs et amis,

Si nous avons été assez heureux de pouvoir édifier un monument professionnel, *ære perennius*, pour parler avec le poète, si ma part de collaboration a été forcément plus active que celle de mes honorés collègues, vous possédez un moyen aisé de nous remercier de nos efforts heureux : c'est de nous imiter, de travailler individuellement à l'expansion de notre Caisse. Aujourd'hui que notre Institution affirme son existence, qu'elle répand ses bienfaits sur soixante-trois affiliés ou familles de participants, chacun de vous devrait prendre vis-à-vis de lui-même l'engagement de gagner au moins *un* nouvel affilié dans le courant de cette année sociale.

Pour vous livrer à une propagande féconde, pour n'avoir aucun reproche à redouter dans l'avenir, il faut avant tout vous pénétrer de l'esprit de notre Institution et de la lettre de nos Statuts. Nous constituons un heureux exemple de la mutualité, appliquée aux classes supérieures; à ce titre, la Caisse de pensions du Corps médical belge présente un véritable intérêt social, en prouvant que des problèmes aussi ardus peuvent se résoudre par la libre initiative d'un groupe de citoyens, en dehors de toute assistance officielle, en dehors même de tout encouragement de la part de nos autorités médicales.

La tendance invincible de la société moderne, est de remplacer la *charité* par l'*épargne prévoyante*, le *droit au secours* par le *droit à la retraite*. Le principal mérite de notre association est de provoquer et d'alimenter la prévoyance; de forcer l'épargne, pour que les premières mises ne deviennent pas un sacrifice inutile; d'agglomérer l'épargne en capital, par la puissance de l'intérêt composé; puis, d'en répartir le produit à nos assurés, frappés de malheurs irrémédiables, ou arrivés au terme de la carrière d'activité.

Vous devez donc surtout faire appel au noble sentiment qui pousse l'homme à compter sur sa propre énergie, pour assurer le sort de sa famille et la dignité de sa vieillesse. Il faut insister sur le côté pratique de la participation, sur le placement de tout repos des épargnes confiées au Comité-Directeur, sur les intérêts largement rémunérateurs. Il est vrai que nous ne pouvons pas promettre l'aisance, encore moins l'opulence. Mais une pension de 600 à 800 fr., s'ajoutant aux autres ressources, peut assurer un certain bien-être, et préserver de l'indigence dégradante ceux qui ne possèdent rien.

Lorsque nos participants seront au nombre de 1000 et que les dons seront devenus nombreux, l'importance de nos pensions s'élèvera en proportion de ces accroissements.

La *charité* germe tout naturellement dans les associations professionnelles; mais elle ne constitue que le côté accessoire de la coopération. Ce sentiment de philanthropie confraternelle, il faut l'invoquer auprès de ceux qui se refusent à devenir membres effectifs, parce qu'ils ignorent les soucis d'avenir; auprès des heureux et des satisfaits qui devraient compléter leur bonheur, en cherchant à réparer les torts et souvent les injustices de la fortune; auprès des affligés qui trouveront dans la charité une dérivation à leurs chagrins. Ne dédaignez même pas de vous adresser à la vanité, le grand ressort des philanthropes de parade.

Voilà les différentes cordes à faire vibrer, pour gagner des recrues à votre œuvre, et nous témoigner ainsi votre gratitude pour nos travaux. Nous savons par expérience, combien la mission d'apôtre est aujourd'hui démodée. Mais le succès, même partiel et isolé, a ses jouissances. Une conviction profonde vous fournira des arguments persuasifs, pour éclairer vos confrères sur leurs véritables intérêts. Que de fois avons-nous été témoins des regrets irréparables de veuves et d'orphelins, réduits par l'imprévoyance ou l'aveuglement des chefs de famille à implorer au jour du malheur la bienveillance de la Caisse de secours, au lieu de pouvoir réclamer, au nom d'un droit indiscutable, l'intervention de la Caisse de pensions!

D'après un antique et pieux usage, on boit dans les réunions professionnelles allemandes ce qu'on appelle chez nos voisins *ein stilles Glas*, un verre silencieux aux membres décédés de la Société. M'inspirant de cette excellente pensée, je vous convie, Messieurs, à nous rappeler un moment ceux de nos affiliés et bienfaiteurs qui ont succombé avant l'heure du triomphe.

Le Comité-Directeur s'est toujours empressé de venir au secours des infortunes réelles, suites de la disparition prématurée des chefs de famille. Le grand nombre de pensions provisoires, accordées pendant la période de transition, témoigne de nos efforts de faire participer toutes les familles peu aisées aux bienfaits de la Caisse de pensions. Nous avons préféré encourir le reproche d'un excès de bienveillance plutôt que d'être taxés de dureté et d'indifférence, dans l'exercice de notre pouvoir discrétionnaire des dix premières années.

Le bien que nous avons pu faire en votre nom a adouci l'amertume de bien des regrets, séché bien des larmes : c'est avec la conscience du devoir rempli envers nos défunts confrères que nous vous proposons de vider un verre silencieux au souvenir d'affection et de reconnaissance, du à nos co-affiliés et membres bienfaiteurs moissonnés prématurément.

Le Scalpel (de Liége).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Rapports de la scrofule et de la tuberculose.

La Société médicale des hôpitaux continue la discussion des rapports de la scrofule et de la tuberculose. *M. Rendu*, en abordant le débat, déclare qu'histologiquement le scrofulôme n'existe pas et n'est qu'une variété morphologique du tubercule. Le follicule tuberculeux n'a pas lui-même plus de valeur, puisque les cellules qui le constituent se rencontrent aussi bien dans un bourgeon charnu, dans un nodule syphilitique : loin donc d'être la caractéristique anatomique exclusive de la tuberculose, il n'est qu'un élément de présomption.

Mais la constatation d'un élément anatomique particulier est-elle absolument inséparable de la notion de diathèse? Non. De ce que l'on ne trouve rien d'anormal dans les tissus des rhumatisants, ira-t-on nier la diathèse rhumatismale? Pourquoi la scrofule ne serait-elle pas, sur ce point, comparable à l'arthritisme? Quel est, en effet, le caractère clinique d'une diathèse? C'est de provoquer une série de manifestations pathologiques dont la localisation et la gravité varient, mais qui ont toutes, dans leur évolution, un air de famille. L'histologiste pourra peut-être chercher en vain la caractéristique anatomique; mais le clinicien ne s'y trompera pas et verra, sans étonnement, une chute sur le genou devenir, chez l'arthritique, l'occasion d'un rhumatisme articulaire; tandis que, chez le scrofuleux, elle sera le point de départ d'une tumeur blanche. La nature de la lésion, diffère suivant la nature du terrain organique. Mais quelle que soit la manifestation pathologique que l'on rencontre chez un scrofuleux; qu'elle soit cutanée, ganglionnaire, articulaire ou osseuse, son caractère spécial sera toujours l'indolence, la torpidité, le peu de réaction de l'organisme. Le scrofuleux, depuis le moment de sa naissance jusqu'à celui de sa mort, reste scrofuleux par la série de ses manifestations morbides, si diverses qu'elles puissent être. Voilà la diathèse.

Tout autrement se comporte la tuberculose. Les symptômes cliniques par lesquels elle se traduit sont variables, mais le fond du tableau pathologique reste le même. Ici le produit anatomique est unique : c'est la granulation tuberculeuse, dont la présence détermine une inflammation spécifique, une véritable infection; aussi, comme l'a dit M. Villemin, la tuberculose semble-t-elle appar-

tenir au groupe des maladies parasitaires et infectieuses. Elle n'est pas innée chez l'homme, mais elle se développe chez lui sous l'influenee de eertaines causes ; dans plus de la moitié des cas, la tubereulose ne reconnait pas une origine héréditaire et, contrairement à la scrofule, elle atteint des sujets qu'elle avait absolument respectés jusque-là.

Non, la tubereulose n'est pas une véritable diathèse, ear elle peut se tansmettre par inoeulation ou même par contagion directe, eomme une affection parasitaire. Rien ne prouve que les phthisiques par hérédité portent en eux, dès la naissance, le germe de la tuberculose ; mais ils apportent, en naissant, une débilité héréditaire, qui les voue d'avance à la tuberculose.

Ainsi l'on naît scrofuleux ou rhumatisant, on devient tuberculeux, et eela d'autant plus facilement que le fond organique initial est plus pauvre, ce qui est le cas pour les scrofuleux. M. Rendu s'aceorde donc avec M. Damasehino sur ce point, que la scrofule est la eause prédisposante, par exeellence, de la tubereulose, mais qu'elle n'en est pas la seule eause pathogénique.

En résumé voiei les eonelusions de M. Rendu :

1° Le follieule, dit tuberculeux, n'est pas un élément spécifique ; il se rencontre sur une foule de néoplasties aeeidentelles.

2° La scrofule est une véritable diathèse caractérisée par une série de manifestations variables, auxquelles elle imprime une physionomie spéciale.

3° La tubereulose, au contraire, n'est pas une diathèse ; elle se présente avee les allures des maladies parasitaires, toujours prête à éclore, dès que l'organisme vient à être débilité.

4° Les relations de la scrofule et du tubercule ne sont autre chose que celles du germe et du terrain : la scrofule est le terrain ; le tubercule, le germe parasitaire.

* * *

L'Arthropathie des Ataxiques

Dans les conférences qu'il a faites eette année à la Salpêtrière, M. le professeur Chareot s'est partieulièrement occupé de l'*arthropathie des ataxiques*. Sous le nom d'*arthropathie*, M. Chareot désigne « tout le groupe d'affeetions articulaires qui paraissent être sous la dépendance direete de eertaines lésions de la moelle épinière, auxquelles elles se rattacheraient par eonséquent, à titre d'affeetion symptomatique. » Etant donné que les lésions irritatives de la moelle épinière, et partieulièrement celles de la substance grise, peuvent quelquefois retentir à la périphérie, on comprend qu'elles atteignent soit la peau, soit les muscles, soit enfin les os et les artieulations. M. Charcot a déjà publié plusieurs observations intéressantes d'arthropathie ehez les ataxiques, dans ses *leçons sur les maladies du système nerveux*. On trouvera même, à la fin du tome second, une gravure représentant un cas de ee genre fort curieux et absolument typique.

Cette année, M. Charcot a présenté à ses auditeurs un autre cas vraiment remarquable par l'étendue et le nombre des lésions tabétiques qui se reneontrent chez la même malade. Nous empruntons la relation de cette observation à *la Gazette des Hôpitaux*.

La nommee B... (Hortense), actuellement âgée de soixante-huit ans, est entrée à la Salpêtrière il y a environ dix ans. C'est une vieille ataxique, ataxie loeomotrice progressive, qui nous présente une série d'arthropathies curieuses et véritablement typiques de l'affection qui nous oecupe en ce moment.

Si nous interrogeons ses antéeédents héréditaires, nous les trouvons à peu près nuls. Son père, aneien militaire, aurait eu seulement, nous dit-elle, de fortes douleurs dans les jambes, douleurs qui ont duré un assez long temps et le faisaient beaucoup souffrir. Si maintenant nous recherchons ses antécédents personnels, nous eonstatons une santé habituellement bonne, avant le début des premiers phénomènes ataxiques. A l'âge de quatorze ans, elle eut seulement une attaque de rhumatisme aigu localisé surtout au niveau des articulations du membre inférieur gauche, qui maintint la malade au lit pendant six semaines environ. Puis, à trente-deux ans, nous la retrouvons entrant à l'Hôtel-Dieu, où elle séjourne un mois pour « une inflammation d'intestins. »

C'est à l'âge de dix-sept ans que cette femme éprouva, dans les deux membres inférieurs, ses premières douleurs fulgurantes. Celles-ci, d'abord limitées à ces extrémités, envahirent plus tard les membres supérieurs. Quelque temps après, se montrèrent les douleurs en ceinture, puis les crises gastriques sans vomissement, enfin les crises anales et vésicales caraetérisées, les premières, par de vives douleurs à l'anus, douleurs lancinantes ou brûlantes, eomme si la malade était touchée avee un fer rouge, douleurs aeeompagnées d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; quant aux douleurs vésicales, analogues aussi à une vive sensation de brûlure, elles se prolongeaient au niveau du canal de l'urèthre.

La plupart de ces diverses douleurs revenaient par erises qui duraient de cinq à six jours, puis disparaissaient momentanément, laissant alors quelque repos à la malade. Nous trouvons la mention de ces douleurs dans les observations anciennes, et la malade nous dit les avoir éprouvées. Mais il nous est impossible de préciser l'époque à laquelle elles se sont montrées. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que les crises viseérales ont été bien postérieures aux douleurs fulgurantes des membres inférieurs, et qu'il n'est fait aucune mention de troubles céphaliques.

Ces douleurs ont partout à peu près la même intensité. Elles sont assez vives, moins cependant que ehez beaucoup d'autres ataxiques, et l'on n'est pas obligé d'avoir recours aux injections de morphine. Elles sont intermittentes. La malade a quelquefois deux ou trois jours de calme pendant lesquels elle n'éprouve aucun élaneement.

Le sens musculaire est très-diminué, il arrive souvent à la malade de perdre dans son lit les bras et les membres inférieurs, eeux-ci principalement.

Plus tard, vers 1865, alors que la malade mar-

chait encore, elle aurait présenté dans les membres inférieurs un peu d'incoordination motrice. Une observation recueillie en 1876 sur son état actuel mentionne que la jambe droite « est jetée de travers », quand on lui commande de la mouvoir. On aurait aussi remarqué, tandis qu'elle pouvait encore se servir de son membre supérieur du côté droit, des troubles de la coordination de ce côté.

Enfin nous trouvons notés, dans les observations antérieures, des troubles du sens musculaire, tels que la perte de la notion de position, mais sans anesthésie plantaire.

C'est en 1865 que se manifestèrent les premiers phénomènes arthropathiques venant peu à peu et débutant par le genou gauche. La malade, pouvant encore marcher, sentait des craquements dans l'articulation atteinte. Mais, en 1871, la déformation de ce genou était telle que la marche devint impossible, et la malade dut se confiner au lit.

Quant aux autres arthropathies que nous étudierons un peu plus loin, elles se présentèrent dans l'ordre chronologique suivant : arthropathie de l'épaule gauche à cinquante ans; de l'épaule droite à cinquante-sept ans ; de la hanche droite à soixante ans, enfin de la mâchoire du côté droit, il y a environ un an.

Cet historique de la maladie terminé, si nous décrivons l'état actuel, nous dirons que la malade est couchée, dans l'impossibilité absolue de marcher et presque complète aussi de se servir des membres supérieurs. De plus elle présente les symptômes suivants :

1° Elle éprouve des douleurs lancinantes, comparables à des coups de lancette, aux membres supérieurs et inférieurs.

2° De temps en temps, dans la journée, elle ressent à l'anus des douleurs analogues à celles que produirait une brûlure par le fer rouge. Ces douleurs surviennent à peu près tous les jours.

3° Quand la patiente urine, elle éprouve de vives douleurs dans le canal de l'urèthre, assez fortes parfois pour lui faire pousser des cris.

4° Il n'existe pas d'anesthésie véritable : toutes les sensations sont perçues, froid et douleur, avec une très-grande intensité sur toute l'étendue du corps. Cependant, à la face interne de la jambe gauche, on constate une petite plaque de sept à huit centimètres carrés, au niveau de laquelle les sensations sont assez mal perçues. Mais, s'il n'y a pas d'anesthésie, il y a, par contre, un retard très-manifeste des impressions sensitives aux membres inférieurs.

5° Les symptômes céphaliques, qui se manifestent actuellement, sont caractérisés par une diplopie intermittente assez fréquente et par des sifflements d'oreilles qui s'accompagnent quelquefois de vertiges.

6° Comme chez tous les individus frappés d'ataxie locomotrice progressive, les muscles sont flasques, ils ont perdu leur tonicité. En raison de l'état actuel des articulations, la plupart des mouvements étant devenus impossibles, il est difficile de juger s'il existe de l'incoordination. Cependant le membre supérieur droit peut encore se mouvoir, et l'on peut constater chez lui des mouvements incoordonnés.

7° *Arthropathies*. — *a*. Genou gauche : luxation du tibia en arrière et en dehors sur le fémur, dont l'extrémité inférieure glisse au-devant et en dedans de lui. Les condyles du fémur et l'extrémité inférieure du tibia font saillie immédiatement sous les téguments.

En les explorant avec les doigts on s'aperçoit qu'ils sont manifestement diminués de volume et érodés. La rotule a presque complètement disparu ; cependant on sent encore, entre les extrémités des deux os luxés, un peu en arrière du fémur, une partie plus résistante qui est évidemment le ligament antérieur du genou, renfermant dans son épaisseur un noyau dur constitué par les restes de la rotule.

b. Hanches. — Elles ont toutes deux une très-grande mobilité; on peut faire exécuter au fémur les mouvements les plus étendus de flexion, d'extension, de rotation et d'abduction. Craquements très-prononcés pendant l'exécution de ces mouvements; sensation de rugosités osseuses, tant de la tête du fémur que de la cavité cotyloïde, frottant les unes contre les autres. Luxation en arrière et en haut de la hanche droite, avec usure de la tête du fémur droit.

c. Epaule gauche. — Les surfaces articulaires de l'omoplate et de l'humérus sont usées au point que l'extrémité supérieure de ce dernier se promène comme un battant de cloche au-dessous des téguments. Bien qu'elle soit très-amincie, celle-ci a néanmoins conservé une forme arrondie; elle est aussi à peu près lisse à sa surface. Luxation de l'humérus en avant et en dedans, ou sous-claviculaire.

d. Epaule droite. — Elle est très-volumineuse. L'articulation est tuméfiée comme dans le cas de vaste épanchement intra-articulaire. Lorsqu'on fait exécuter des mouvements à l'articulation, on perçoit des craquements excessivement prononcés. Le gonflement de l'article est évidemment dû à un épanchement intra-articulaire, persistant déjà depuis longtemps, qui donne à la main la sensation que lui ferait éprouver un paquet adipeux immédiatement sous-cutané. Luxation en arrière ou sous-acromiale.

e. Mâchoire droite. — Grande mobilité de l'articulation; déplacements possibles des surfaces dans tous les sens, craquements.

Bien que la malade souffre peu de ses articulations, cependant elle éprouve quelquefois des douleurs, soit provoquées en cas de pressions un peu fortes sur les hanches ou au niveau de l'épaule droite, soit spontanées et comme lancinantes au niveau du genou et de l'épaule droite surtout.

Telles sont les lésions qui font de cette malheureuse femme l'un des types les plus complets d'arthropathie tabétique.

Dr J. G.

CHRONIQUE

Par arrêté préfectoral du 29 décembre dernier M. le Dr *Mora*, de *Brunehamel*, (Aisne) *membre fondateur du Concours médical*, a été nommé *professeur d'hygiène* de *l'école primaire supérieure*, récemment fondée à Brunehamel.

BIBLIOGRAPHIE

Iconographie photographique de la Salpétrière. (Service de M. Charcot) par Bourneville et P. Regnard. Tome I comprenant hystéro-épilepsie, description des attaques, les possédées de Loudun, du crucifiement. (1)

On sait combien notre époque aime les leçons de choses. On peut même dire qu'un professeur est d'autant plus instructif et par cela même intéressant, qu'il sait mieux non pas exposer et décrire les choses mais les montrer et les faire observer par ses auditeurs. Malheureusement il n'est pas toujours possible d'avoir sous la main les objets dont on doit parler, et cette difficulté devient plus particulièrement insurmontable, quand il s'agit de ces affections nerveuses dont les attaques ne se produisent pas précisément au gré des démonstrateurs, comme la décharge d'une batterie électrique ou le passage d'un rayon lumineux à travers un appareil d'optique. Il est vrai que dans ces derniers temps, M. Charcot à qui l'on doit d'avoir répandu une lumière si abondante sur le chaos jusqu'alors inextricable de l'hystérie, est arrivé, en choisissant bieu ses sujets, à reproduire ces attaques devant un nombreux auditoire. Mais il n'en est pas moins vrai que tous ceux qui n'ont pas assisté à ses cours auront beaucoup de peine et de difficulté à se bien figurer les diverses phases qui composent un accès complet d'hystéro-épilesie, et à en bien saisir la succession qui se fait toujours dans un ordre invariable et pour ainsi dire réglé à l'avance, en tenant compte, bien entendu, des périodes qui peuvent être supprimées ou qui ne se produisent jamais chez certains malades. On comprend en outre l'intérêt considérable qui doit s'attacher à une publication qui reproduirait les diverses attitudes des maladies nerveuses à crises convulsives ; telles que l'hystérie et l'épilepsie.

Cet intérêt s'accroîtra encore si au lieu de dessins qui pourraient paraître plus ou moins fantaisistes, on emploie la photographie qui imprime aux objets un cachet de vérité et d'authenticité incoutestables.

Telles sont les qualités qui distinguent: l'*Iconographie photographique de la Salpétrière*, ouvrage qui dénote de grandes difficultés vaincues par la persévérance de MM. Bourneville et P. Regnard.

Nous ne nous appesantirons pas ici sur les différentes phases de la crise hystéro-épileptique, nos lecteurs trouveront tous les détails nécessaires sur ce sujet dans le *Concours Médical*. Nous rappelons seulement que M. Charcot admet quatre périodes distinctes : période épileptoïde ; période des contorsions et des grands mouvements ; période des attitudes passionnelles ; période terminale souvent délirante. Chacune d'elles se subdivise en plusieurs temps. Ainsi la première comprend trois phases : tonique, clonique et de résolution. Dans la seconde on observe d'abord les contorsions auxquelles succèdent ensuite les grands mouvements. Les attitudes passionnelles déterminent une expression tantôt gaie, tantôt triste, etc. *L'iconographie photographique de la Salpétrière* a précisément pour objet de représenter les malades dans les différentes périodes, et dans les différents temps de l'accès hystérique. Dans ce but, les auteurs donnent avec tous les détails nécessaires, l'observation de cinq malades dont plusieurs sont bien connues de ceux qui ont suivi, les années précédentes, les conférences cliniques de M. Charcot. Nous ne pouvons malheureusement pas entrer dans les détails, ce qui serait pourtant fort intéressant. Nous ne pouvous qu'indiquer également la comparaison fort curieuse entre les phénomènes observés à la Salpétrière et ceux présentés par les possédées de Loudun.

En terminant les auteurs répondent ainsi au fait d'imitation que l'on croit exister très-souvent chez les hystériques. « Les différentes descriptions que nous avons tracées des attaques hystéro-épileptiques, dans les observations qui composent ce volume, disent-ils, montrent que si, dans toutes, il y a des symptômes communs, il en est un grand nombre qui spécialisent les attaques de chaque malade. Et si l'on se souvient que ces malades vivent en commun, sont souvent réunies dans la même salle, le même atelier, s'assistent mutuellement, on se convaincra sans peine que l'action réciproque, qu'on suppose exister d'un malade à l'autre, est, en vérité, peu puissante. On a répété que les hystériques s'ingéniaient à imiter les attaques de leurs compagnes ; les faits qui précèdent montrent que l'imitation est loin de jouer un aussi grand rôle, tout au moins chez les femmes atteintes d'hystérie grave. »

Prochainement nous parlerons du second volume qui n'est plus spécialement consacré à l'hystérie mais qui comprend quelques observations relatives à l'épilepsie. En terminant félicitons les auteurs d'avoir suivi avec succès la voie si féconde de l'application des sciences à l'enseignement et espérons que bientôt tous les ouvrages de pathologie, sans exception, recevront les illustrations dont ils sont susceptibles au même titre que l'anatomie ou toute autre science.

Agenda médical pour 1881, contenant : 1o *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau et le docteur Coustantin Paul, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, etc., 2o *Mémorial obstétrical* de M. le professeur Pajot, 3o *Formulaire magistral*, par M. Delpech, 4o *Code pénal et professionnel*, par le Dr Legrand du Saulle, 5o *Notice sur les stations hivernales* de France et de l'étranger par le Dr de Valcourt, et comme principaux renseignements la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine, les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance, les médecins des eaux-minérales, les facultés, écoles préparatoires de médecine, etc., le *nouveau tableau* des rues de Paris, etc., etc. (1)

Ce titre suffit pour renseigner nos confrères sur l'utilité et les avantages multiples de l'*Agenda médical* que la plupart d'entre eux connaissent depuis longtemps. Ajoutons seulement qu'il parait sous diverses formes, cartonné ou renfermé dans une petite trousse avec trimestres mobiles permettant d'inscrire les visites quotidiennes ou autres indications particulières.

Dr.A. B.

(1) Un volume in-8o d'environ 170 pages avec 40 planches photographiées et quelques figures dans le texte. Aux bureaux du Progrès médical, rue des Ecoles, 6 et Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole de Médecine, prix 30 fr.

(1) Librairie Asselin, place de l'Ecole de médecine.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

22 Janvier 1881 — 3me Année. — No 4

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'occasion du procès-verbal, *M. Blot* a demandé à l'Académie (séance du 11 janvier), à présenter quelques observations sur une question *annexe* de celle qui a été traitée par M. Guéniot. Il s'agit, on le sait, de la *putrescibilité* du fœtus dans le sein maternel. Les assertions émises par M. Colin à ce sujet sont, dit-il, tellement contraires aux faits établis par la science qu'il n'a pu retenir la vive expression de son étonnement.

M. Blot fait passer sous les yeux de l'Académie quelques dessins qu'il a réunis autrefois, et qui représentent des pièces recueillies dans les conditions dont il s'agit.

Il faut distinguer entre la putréfaction et les diverses altérations que le fœtus peut subir, après sa mort, dans la cavité de l'œuf. *La macération*, par exemple, consiste en une imbibition générale de tous les tissus même des os, par de la sérosité sanguinolente. Quand le fœtus meurt de très-bonne heure, c'est une véritable *momification* qui se produit; dans la période embryonnaire, l'embryon disparait quelquefois par une sorte de dissolution dans le liquide amniotique.

Quant à l'influence que le fœtus mort peut exercer sur la santé de la mère, elle est variable suivant les cas, mais ne devient fâcheuse que quand il y a *putréfaction vraie*, c'est-à-dire, quand les membranes rompues ont donné accès à l'air extérieur. M. Blot cite à ce sujet les ouvrages de Martin (1835), de Rainard de Lyon (1845). Ce dernier auteur admet même que, dans l'état d'intégrité des membranes, le fœtus mort a pu, chez des animaux, se conserver un an et demi et deux ans, sans se putréfier aucunement. Ce fait ne pourrait-il pas se présenter dans l'espèce humaine, et devenir important dans certains cas de médecine légale ?

M. Depaul, après avoir rectifié les assertions que M. Colin avait émises sur les présentations obstétricales chez les animaux domestiques, et particulièrement sur le prétendu mouvement que le fœtus de la jument exécuterait pour s'engager dans le col, expose un fait tout récent qu'il vient d'observer dans son service de clinique.

Il s'agit d'un enfant mort dans le sein maternel peu de temps avant le terme de la grossesse, expulsé dix-sept jours après sa mort, sans présenter trace de putréfaction. La mère, âgée de vingt-deux ans, raconte, à son entrée à l'hôpita (5 janvier), que, le 24 décembre précédent, elle avait senti une série de mouvements brusques et désordonnés de son enfant, et que, depuis lors, tout mouvement avait complètement cessé. Les seins, qui avaient d'abord continué à se gonfler, s'étaient bientôt flétris, et le volume du ventre avait diminué. En outre, elle avait la sensation d'un corps qui se déplaçait dans son ventre suivant les mouvements qu'elle-même exécutait. M. Depaul constata la mort de l'enfant; mais celui-ci ne fut expulsé que le 10 janvier. L'éminent professeur met sous les yeux de ses collègues le petit cadavre qui ne présente aucun signe de décomposition. L'épiderme est enlevé sur plusieurs points, les membres sont flasques, les os de la tête sont comme disloqués, enfin il y a, sous la peau une poche liquide. Le cordon est noir-rougeâtre.

M. Depaul nie donc qu'un fœtus mort, dans ces

conditions, puisse faire courir le moindre danger, soit à un fœtus jumeau, soit à la mère. Il cite encore, à l'appui de son opinion, outre l'avis de Mauriceau, qui, dès 1694, comparait la conservation d'un fœtus mort dans la matrice à celle d'un fruit dans la saumure, les faits semblables contenus dans la thèse du Dr Lempereur (1857).

Ensuite il présente à l'Académie un nœud assez serré et aplati qu'il vient de trouver sur le cordon d'un enfant parfaitement vivant.

Enfin, dit-il en terminant, quand un enfant meurt, la circulation de son département est interrompue, ses vaisseaux sont oblitérés : le sang du jumeau vivant ne peut donc pénétrer dans le sang du mort.

M. Colin répond que ce qui empêche la putréfaction du fœtus, c'est la présence dans le col utérin d'un bouchon muqueux et l'état de contraction permanente que présente ce col. Chez les femelles multipares, si le bouchon muqueux est enlevé par le passage des premiers petits, pourquoi les petits, restés dans la matrice entr'ouverte, ne s'y décomposeraient-ils pas après leur mort?

La séance s'est terminée par une lecture de *M. Germain Sée* sur les *fausses dyspepsies*. Le défaut d'espace ne nous permet pas d'analyser aujourd'hui ce travail. Dr J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la dystocie occasionnée par la présence d'une tumeur pelvienne, par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(*Suite*).

IV

Des accidents puerpéraux redoutables se sont développés chez ma malade. On a vu qu'ils ont été combattus victorieusement ou mieux conjurés par un traitement mixte comprenant l'alcool et le sulfate de quinine à haute dose. On peut consulter à ce sujet la brochure du Dr *Danet*, intitulée : *De l'alcool dans le traitement des maladies puerpérales et de la résorption purulente. Paris, 1872*, (*Chez Adrien Delahaye.*)

Dans un cas récent, les mêmes moyens, employés pourtant de bonne heure, n'ont pas réussi à empêcher la terminaison fatale. La marche de la maladie n'a pas tardé à nous révéler la cause de cet insuccès profondément regrettable. Voici le fait en peu de mots.

OBSERVATION — *Accouchement laborieux de deux jumeaux. Fièvre puerpérale sans frissons. Terminaison fatale par grangrène localisée des parois utérines.*

Mme B., trente ans, brune, primipare, arrive au terme de sa grossesse à la fin de novembre dernier. Je suis appelé tardivement le 30, à six heures du soir, lorsque déjà la poche des eaux s'était rompue et le travail déclaré depuis vingt heures. L'abdomen est très-développé; bruit de souffle placentaire à droite, nulle part on n'entend les battements du cœur. Les douleurs se succèdent toutes les cinq minutes; mais la partie qui se présente, reste élevée. Il faut l'introduction de la main tout entière pour diagnostiquer une quatrième position du siége. J'accroche le pli de l'aine droite à l'aide de l'indicateur, puis d'un crochet mousse et je parviens, non sans peine, à dégager la jambe droite. Le cordon ne battait plus; cependant, après la sortie de l'abdomen, le fœtus manifesta un reste de vie par deux convulsions ultimes. On sait que Paul Dubois avait coutume de dire, en parlant des enfants qui naissent par les pieds, qu'il aimait mieux ceux qui font le mort que ceux qui éprouvent ces dernières convulsions. La terminaison de l'accouchement eut lieu en un clin d'œil; mais l'enfant, un garçon peu développé, grêle, ne put être ranimé. Il était entre neuf et dix heures du soir.

Espérant que la matrice, dorénavant moins distendue, retrouverait un peu du ressort qui lui avait manqué jusqu'ici, j'attendis deux heures le résultat des efforts de la nature; mais le travail reprit les mêmes allures que la première fois. C'était le sommet qui se présentait en quatrième position; en partie engagée dans le détroit supérieur, la tête restait immobile dans cette situation, malgré les douleurs répétées toutes les trois minutes. A minuit, j'appliquai le forceps et je retirai un enfant mâle bien développé, mais malheureusement sans vie.

Tout se passa bien les premiers jours, si ce n'est que le pouls à cent-dix, pendant le travail, resta toujours fréquent.

Le quatrième jour, des symptômes graves se manifestèrent; le pouls monta à cent-vingt pulsations, la chaleur atteignit 39°,6. En même temps, ballonnement considérable du ventre, sensibilité à la pression des régions ovariques et d'un point assez élevé à gauche de l'abdomen, précisément là où, pendant la dernière période de la grossesse, la malade accusait une douleur permanente qu'elle attribuait à la pression exercée par une partie fœtale. Pas de frisson. Nulle tension des seins. Suppression des lochies. Traitement : 1 gr. 50 de sulfate de quinine en solution, chaque jour, avec 100 gram. d'alcool. Collodion élastique sur le ventre, etc. Dès le premier jour, signes de saturation quinique, qui firent réduire la dose prescrite à 1 gram. par jour.

Trois jours se passèrent, sans changement bien important. Le pouls oscillait entre 104 et 108 pulsations; la température était la même, un peu au-dessous de 40°. Quelques vomissement furent provoqués par l'ingestion des médicaments; à raison de l'intolérance de l'estomac, on substitua à la solution de quinine les pilules, et, à l'alcool, les liqueurs de table, puis le vin de champagne frappé et les vins spiritueux. Tout à coup, le 8 décembre, quatre jours après le début des accidents, la scène change. A la chaleur succèdent une température fraîche et le refroidissement des extrémités découvertes. Le ventre est toujours ballonné; mais

chose à noter, la sensibilité à la pression a disparu complètement. On peut le palper profondément et partout sans provoquer la moindre douleur. Par malheur, l'état général ne s'harmonise pas avec cette rémission des symptômes. La nuit a été très-agitée; plusieurs vomissements sont survenus; le pouls est devenu misérable. Avec cela, par un contraste frappant, l'intelligence a conservé toute son intégrité.

Est-il possible de méconnaître dans cette esquisse symptomatique, les signes trop certains de la gangrène? Contre cette terrible complication, tout traitement devait être impuissant. Aussi la mort ne tarda-t-elle pas à suivre.

Nous regrettons qu'il ne nous ait pas été permis de vérifier le diagnostic par la nécropsie.

Sans parler de l'inflammation traumatique gangréneuse du vagin et du segment inférieur de l'utérus, laquelle se termine bien souvent par la guérison, c'est la première fois que, dans le cours d'une longue pratique, nous observons une pareille fièvre puerpérale, consistant en une métrite exclusivement gangréneuse. Nous pensons que la gangrène a dû envahir la profondeur des parois de la matrice : accident qui, par sa rareté, nous a paru mériter les honneurs de la publicité.

Cette digression nous a entraîné un peu loin de notre sujet. Nous y revenons et terminons par les conclusions suivantes :

1° Beaucoup de tumeurs intra-pelviennes se ramollissent pendant le travail, au point de rendre possible l'expulsion spontanée, ou l'extraction du fœtus, soit au moyen du forceps, soit à l'aide de la version.

2° Quand la nature se charge de terminer seule l'accouchement, toujours laborieux dans les cas de ce genre, c'est ordinairement grâce à la présentation par l'extrémité pelvienne.

3° Le fœtus, s'insinuant ainsi par sa petite extrémité, à la manière d'un coin, réussit souvent à déplacer graduellement la tumeur qui lui fait obstacle et quelquefois à en amener l'ascension complète au-dessus du détroit supérieur.

4° Imitant la nature, l'accoucheur est conduit, selon nous, à pratiquer la version, dans les cas où les efforts de la première sont notoirement impuissants et où, en même temps, les autres conditions ne paraissent pas assez fâcheuses pour apporter un obstacle absolument infranchissable au passage de l'enfant.

Il n'y a donc pas lieu de maintenir la proscription dont cette opération a été frappée par la plupart des auteurs classiques.

5° Chez la mère dont j'ai rapporté l'observation, l'étroitesse de l'espace par lequel le fœtus était accessible et la complication d'une présentation de la face rendaient tout à fait impossible l'application d'un instrument quelconque, fût-ce le céphalotribe, fussent même les ciseaux de Smellie. D'un autre côté, l'extirpation préalable nous a paru beaucoup trop hérissée de dangers et inconciliable avec les conseils de la prudence ; car la vascularisation de la tumeur et sa large base d'implantation pouvaient faire craindre une hémorrhagie foudroyante.

Nous étions ainsi désarmés et, à part la version, nous n'avions d'autre ressource que l'opération césarienne.

Donc la version a épargné à la patiente les dangers terribles inhérents à cette triste opération.

6° Enfin le traitement mixte par l'alcool et le sulfate de quinine à haute dose, employé de bonne heure, même à titre préventif, a fait justice de formidables accidents puerpéraux.

Il n'est pas douteux que la malade ne doive la vie aussi bien à ce traitement énergique qu'à l'opération elle-même. C'est qu'il n'y a rien de fait tant qu'il reste quelque chose à faire. Si donc il importe que l'accoucheur soit en même temps chirurgien, quand il est en présence d'une tumeur du bassin, il n'est pas moins indispensable, dans tous les cas, qu'il soit aussi doublé du médecin.

REVUE CRITIQUE

Sur le traitement de la diphthérie

I

Enregistrer les variations de la thérapeutique est toujours une tâche ingrate ; mais elle devient lamentable quand il s'agit d'un fléau comme la diphthérie, puisqu'après avoir lu tout ce qu'on écrit les auteurs classiques, minutieusement feuilleté tous les recueils français et étrangers les plus récents et consulté avec anxiété les maîtres les plus expérimentés, on est amené à conclure avec l'un d'entre eux : « Il n'y a pas à vrai dire un seul « traitement de cette redoutable maladie à l'aide « duquel on puisse se vanter de l'arrêter dans sa « marche. » (*Archambault, art. Croup, Dict. Encycl.*,).

Alors, diront les sceptiques déterminés, à quoi bon chercher plus longtemps d'introuvables remèdes? Semblable à l'esprit prophétique qui souffle où il veut, — *flat ubi vult,* — la maladie guérit quand elle veut, ou du moins quand elle peut, et le médecin doit demeurer le spectateur désolé, mais impuissant du drame pathologique.

Eh bien ! non, telle ne saurait être l'opinion d'un praticien digne de ce titre. Ce langage est possible dans la bouche d'un savant de laboratoire ou d'un étudiant sans responsabilité. Mais que ce même étudiant, devenu praticien, soit appelé auprès d'un malheureux enfant dont la gorge lui apparaît tapissée de fausses membranes, va-t-il répondre à la mère éplorée : « Madame, si la diphthérie dont votre fils est atteint, appartient à une forme bénigne ou de moyenne intensité, votre enfant guérira, — si, au contraire, nous avons affaire à une de celles que nous nommons toxiques ou même hypertoxiques, votre enfant est perdu? »

Non, sans doute ; le jeune docteur dira par humanité d'abord, et par nécessité professionnelle aussi : « Madame, nous allons faire tout notre

« possible pour sauver votre enfant en appliquant « les remèdes que nos maîtres nous enseignent. » Mais c'est ici que l'embarras commence; car pour peu que l'on jette les yeux sur un index bibliographique à l'article diphthérie, on demeure effrayé de l'innombrable quantité de remèdes qui ont été successivement essayés, puis abandonnés. Chaque année apporte son contingent de nouveaux moyens pompeusement décorés par leurs auteurs du nom d'infaillibles ou de spécifiques. Comment se retrouver au milieu de ce fatras? Il faut donc de temps en temps donner un coup de balai dans ces écuries d'Augias.

On peut s'expliquer sans peine d'où viennent à la fois la richesse apparente de la thérapeutique opposée à la diphthérie et la pénurie réelle où nous sommes, quand on songe que chaque médecin a été amené à chercher un mode de traitement différent suivant l'idée qu'il se faisait de la maladie. Home, par exemple, qui voyait dans le croup une inflammation, devait préconiser la médication antiphlogistique et Bretonneau pensant que c'est une affection primitivement locale, susceptible de se propager de proche en proche, voulut d'abord qu'on cautérisât énergiquement afin d'éteindre le mal dans sa source. Il faut aussi pour expliquer l'infaillibilité prétendue de certains remèdes qui n'ont été infaillibles qu'entre les mains de leurs inventeurs — et la liste en est longue — compter avec d'indubitables erreurs de diagnostic.

De toutes les médications, la plus ancienne et la plus discréditée aujourd'hui est la méthode antiphlogistique sous forme de saignée générale que préconisaient Tome, Michaelis et même Royer Collard, dans le rapport qu'il fit sur le fameux *Concours* institué par Napoléon en 1808. La vogue du système de Broussais lui permit de vivre encore sous forme d'application de sangsues comme le veulent Desruelles et Barrier. Mais quand les travaux de Bretonneau ne permirent plus de douter de la nature spécifique de la *diphthérite*, et du faible rôle que jouait l'élément inflammatoire, après que Trousseau, pour effacer mieux encore le souvenir de la doctrine inflammatoire, l'eût dénommée *diphthérie*, — la médication antiphlogistique fut abandonnée, et je dirais qu'elle est rigoureusement condamnée aujourd'hui par l'unanimité des médecins, si je ne lisais dans le traité de pathologie interne de M. le professeur Jaccoud au chapitre : traitement de la laryngite diphthérique. « Quand les malades sont robustes et que la laryngite débute par des phénomènes inflammatoires accusés, on peut appliquer quelques sangsues, non pas sur le larynx, mais sur les parties latérales du cou ou dans les fossettes rétro-maxillaires ; dans toute autre circonstance les émissions locales sont contre-indiquées ; à fortiori faut-il laisser de côté les saignées générales. » En effet, n'cst-il pas illogique de livrer pour ainsi dire les clefs de la place à l'ennemi, en contribuant volontairement à l'anémie du malade dans le cours d'une maladic si anémiante par elle-même?

Aujourd'hui, on peut le dire, l'accord est fait sur la nature infectieuse de la diphthérie et presque tous les médecins, du moins en France, se rallieront à la définition que donne M. Sanné, auteur du dernier travail complet sur la matière : « Maladie générale, spécifique, infectieuse, transmissible par inhalation, par contact et probablement par inoculation, dont le caractère principal est la production sur les muqueuses ou sur la couche profonde de l'épiderme d'exsudations fibrineuses appelées communément fausses membranes. »

Nul ne cherche donc guère aujourd'hui un remède spécifique contre la diphthérie pas plus que contre la rougeole ou la scarlatine, et nous pensons que Sanné et A. Monti ont parfaitement résumé le plan de tout traitement de la diphthérie, quel que soit celui qu'on adopte, en disant qu'il doit répondre aux trois classes d'indications suivantes :

A. Détruire les fausses membranes et en favoriser le rejet.

B. Empêcher ou enrayer leur reproduction.

C. Obvier à l'asphyxie, si elle devient imminente.

D. Traiter l'état général.

Telles sont les règles auxquelles obéissent la plupart des cliniciens; l'accord ne cesse que dans le choix des agents et sur la question de savoir si l'on doit se préoccuper davantage de l'état local ou de l'état général « il faut mettre le traitement local au premier rang, » dit M. le professeur Jaccoud.

— « L'importance du traitement local est secondaire, répond M. Sanné; on ne guérit pas plus la diphthérie en détruisant les fausse membranes que la variole en faisant avorter les pustules. »

Voyons donc quelles sont les armes que nous fournit, pour parer à toutes ces nécessités, l'arsenal thérapeutique, armes, hélas! trop souvent émoussées; nous ne ferons qu'énumérer les nombreux remèdes discrédités, en les laissant dans l'ombre, pour mettre en lumière ceux qui rallient le plus grand nombre des suffrages, ou qui, récemment apparus à l'horizon de la thérapeutique, seraient encore peu connus de quelques-uns de nos lecteurs.

II

Détruire les fausses membranes partout où elles apparaissent, les détruire le plus rapidement et le plus complètement possible, telle a été longtemps la principale préoccupation des médecins.

Aussi ont-ils eu recours aux *caustiques* les plus énergiques et les plus variés; sans parler du cautère actuel d'un maniement bien difficile dans les régions et à l'âge dont il s'agit, les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique ont été employés. Trousseau se servait de l'acide chlorhydrique *fumant*. Depuis, la mode en est bien passée. — Roger et Peter conseillent encore la soude caustique. On a objecté avec raison que cette médication était à la fois très-douloureuse, dangereuse et inutile, si douloureuse qu'après l'avoir appliquée une première fois par surprise sur un jeune sujet, il était difficile de le faire une seconde sans employer la violence, — dangereuse parce qu'on a vu assez souvent le liquide corrosif détermi-

er par sa chute dans le larynx une suffocation mortelle, — inutile en tout cas, puisque les fausses membranes à peine enlevées se reproduisent plus épaisses et plus adhérentes.

Les simples *cathérétiques*, le nitrate d'argent en solution ou en poudre (méthode de Guillon), le sulfate de cuivre, le perchlorure de fer et la teinture d'iode, le premier surtout d'entre eux sont encore employés parfois, mais ils sont encore passibles de deux objections; ils ont l'inconvénient de teindre d'une manière uniformément grisâtre ou jaunâtre les détritus pseudo-membraneux et les tissus environnants, si bien qu'il devient très-difficile après deux ou trois cautérisations d'apprécier l'envahissement des parties saines ; on a même dit, non sans raison, que la réaction inflammatoire qu'ils déterminent sur les tissus sains pouvait faciliter l'extension des fausses membranes.

M. Bouchut a conseillé même et pratiqué l'ablation des amygdales couvertes d'exsudat, mais on n'obtient par ce moyen qu'un répit de bien courte durée, puisque la plaie opératoire est aussitôt envahie.

C'est surtout la classe des *Antiseptiques* qui s'est enrichie par les recherches de ces dernières années. Nous n'envisageons ici que leur emploi local.

Outre la liqueur de Labarraque qui a fait ses preuves comme désinfectant, et en laissant de côté le permanganate de potasse qui offre plusieurs inconvénients par sa saveur et sa couleur, nous avons à signaler comme dignes de fixer l'attention :

1° L'acide phénique et les composés phéniqués, le phénol, le coaltar saponiné. (Bouchut).

2° L'hydrate de chloral (Barduzzi, Rokitansky).

3° L'acide salicylique que prône Letzerich, le promoteur de la théorie parasitaire de la diphthérie. D'après lui l'inoculation des organismes diphthéritiques à des lapins devient innocente lorsque le liquide chargé de micrococcus a été préalablement traité par l'acide salicylique; il recommande donc un gargarisme avec : acide salicylique, 1 gr. eau, 250 gr. et des badigeonnages avec la solution au centième.

4° Enfin la méthode de Barbosa (de Lisbonne) a donné d'encourageants résultats. Ce praticien distingué fait des insufflations de fleurs de soufre *non lavé* qui, au contact de l'eau, donne une réaction légèrement acide. Ces insufflations sont pratiquées trois à quatre fois par jour; comme adjuvant le gargarisme : fleurs de soufre 2 gr. 50; huile d'amandes douces 180 grammes M. S.A.

M. Barbosa cite dix-huit guérisons personnelles obtenues par ce procédé dans une épidémie très-grave et vingt-quatre guérisons obtenues par d'autres médecins portugais. Aussi MM. Jaccoud, Sanné, Picot et d'Espine en recommandent-ils l'emploi.

Après les caustiques, les *Astringents* qui ont pour effet de crisper les tissus, et par conséquent, de faciliter le décollement des produits exsudés.

Le tannin, l'alun, le borax pulvérisés ou en collutoires sont encore usités — l'alcool.

L'acide oxalique recommandé par Cenni en gargarisme et en badigeonnage (1 gr. dans 20 gr. d'eau ou 15 gr. dans 100 gr. de glycérine).

A titre de *Dissolvants locaux*, nous trouvons les alcalins — le bicarbonate de soude ou l'eau de Vichy — la mixture de Vollquardt recommandée par M. Jaccoud : bicarbonate et nitrate de soude à parties égales, — et surtout l'eau de chaux ainsi que l'a indiqué Küchenmeister et dont presque nous nos maîtres conseillent aujourd'hui l'emploi en pulvérisation, badigeonnage ou inhalations.

Parmi les sels neutres, le chlorate de potasse, objet d'un mémoire d'Isambert, mais dont nous reparlerons à propos du traitement interne, — le chlorate de soude et l'iodate de potasse.

Les acides employés ont été : le jus de citron (Guersant, Blache, Revillout), l'acide acétique, l'acide tartrique et surtout l'acide lactique; ce dernier parait avoir donné d'assez heureux résultats. Adrian et Bricheteau ont formulé :

Acide lactique........	3 gr.
Glycérine.............	60 gr.

En collutoire.

Les mercuriaux ont fourni les inhalations de vapeurs humides de sulfure de mercure (Abeille).

Citons enfin les inhalations de térébenthine (C. Edel), les inhalations bromées mises à la mode par Ozanam, l'eau bromée produisant d'après lui une véritable désagrégation moléculaire des fausses membranes.

Nous préférerions les pulvérisations de bromure de potassium en solution

Bromure.........	5 gr.
Eau..............	100 gr.

ou les insufflations de bromure de potassium porphyrisé, récemment vantées par le Dr Peyraud (de Libourne).

Un certain nombre de praticiens ont voulu obtenir le bénéfice de ces différents agents en les combinant dans des formules complexes. Nous citerons avec éloge celle de Lolli recommandée par Jaccoud : suivant l'âge du sujet :

Eau de chaux.	120 à 300 grammes.
Solution de perchlorure de fer.	2 à 8 —
Acide phénique.	0,06 à 1 —
Miel rosat.	30 —

ainsi que le collutoire employé avec succès l'an dernier par un membre du *Concours médical*, le Dr Le Gad, médecin des douanes du Havre, pendant une grave épidémie.

Borax.	ââ 5 gr.
Chlorate de potasse.	
Acide phénique.	0, 25 centig.
Glycérine.	10 gr.
Miel blanc.	30 gr.

III

Après avoir détaché ou dissous plus ou moins les fausses membranes, il importe d'en attirer au dehors les débris et c'est alors qu'interviennent différents procédés, soit qu'on arrache avec des pinces les lambeaux flottants, soit qu'on use d'un pinceau de charpie sèche, soit qu'on aille, suivant la méthode de Loiseau (de Montmartre) et de Sérullaz (de Lyon), *ramoner* même le larynx avec une sorte d'écouvillon. Cette dernière méthode

n'est admise qu'avec beaucoup de restrictions par la plupart de nos maîtres actuels, car elle peut en effet faire naître ou renouveler les accès de suffocation et brusquer l'asphyxie. Aussi quand on y a recours, faut-il se tenir prêt à exécuter la trachéotomie sur le champ si cet accident se produit. Mais c'est surtout à la médication vomitive que tous les praticiens s'adressent pour provoquer le rejet des détritus membraneux.

Ici l'accord est unanime. La statistique de Valleix est démonstrative: sur cinquante-trois cas de croup ; trente-et-une fois la médication vomitive tint le premier rang, quinze malades guérirent, — sur les vingt-trois autres cas dans lesquels on usa avec parcimonie des vomitifs, une seule guérison fut obtenue.

Les agents employés sont : l'ipéca, l'émétique, pour l'administration desquels il faut s'en tenir à la méthode formulée par Rilliet et Barthez.

Chez les enfants, dès que l'on constate les signes de l'envahissement du larynx, les modifications de la voix et de la toux, « nous commençons, disent-ils, par un mélange de sirop (30 grammes) et de poudre d'ipéca (0,60 centigr.). — Puis nous donnons une potion composée de 0,10 à 0,20 centigr. d'émétique, 60 gr. d'eau et 60 gr. de sirop d'ipéca. Une cuillerée à soupe toutes les huit minutes jusqu'à effet vomitif. Quand l'effet vomitif est épuisé, remplacer la potion par une infusion concentrée de 3 à 4 gr. de polygala dans 90 gr. de véhicule. Nous aidons l'action en plongeant les jambes de l'enfant dans un bain d'eau sinapisée ; nous avons donné jusqu'à quarante et cinquante vomitifs à un enfant qui a guéri. »

Mais il est peut-être indispensable de changer d'agent. On peut alors recourir au sulfate de cuivre 0,20 à 0,40 centigr. dans 60 à 100 gr. d'eau sucrée, ou aux injections hypodermiques d'apomorphine, surtout quand l'enfant ne peut plus rien prendre par la voie buccale. Toutefois l'instabilité de cette dernière substance en rend le maniement difficile.

Paul GERNE.

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Commission d'études de l'organisation des syndicats.

Adresser tous les renseignements, constatations de syndicats en fonctionnement, propositions, etc, à M. le Dr MARGUERITTE, au Havre (Seine-Inférieure).

Commission d'études de déontologie médicale.

Adresser toutes les communications à M. le Dr MARAIS, à Honfleur (Calvados).

Commission d'études de l'exercice illégal, charlatanisme...

Les membres du *Concours* sont invités à adresser toutes les communications qui ont trait à ces deux questions et celles qui s'y rattachent.

A M. le Dr GEORGES HUETTE fils, 6, rue du Loing, à Montargis (Loiret).

Commission de la médecine cantonale, Bureaux de Bienfaisance, Inspectorat des stations thermales.

Adresser les communications à M. le Dr MEIGNEN, à Montaigu (Vendée).

* * *

Monsieur le Directeur,

Vous avez bien voulu me charger de concentrer les renseignements sur le futur *Agenda-Annuaire* du Concours médical.

Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, je me mets à votre disposition, et je me charge, pour mon compte de la rédaction de la partie pharmacologique, suivant les principes que je vous ai exposés.

Mais il y a bien d'autres questions à traiter ; notamment.

Secours à donner en cas d'empoisonnement.
Emploi du thermomètre dans les principales maladies aiguës.
Analyse des urines.
Préceptes d'urgence sur les accouchements.
Thérapeutique : Emploi des médicaments nouveaux. Médications récemment préconisées.
Applications nouvelles à la chirurgie.
Précis de médecine légale.
— de laryngoscopie.
— maladies des enfants.
Maladies des voies urinaires.
— des oreilles.
Recherches relatives à l'accomodation, à la réfraction, à l'acuité visuelle, etc., et les parties que proposeront peut-être d'autres membres.

Une année n'est pas de trop pour conduire ce travail à bonne fin et si l'Agenda-annuaire doit paraître pour 1882, il est temps de commencer. Que ceux des membres du Concours qui voudront bien traiter une question vous le fassent savoir, ou s'adressent directement à moi.

Il ne s'agit pas de traités in extenso, mais de préceptes courts, d'aide-mémoires condensés ; autant que possible de tableaux synoptiques.

En conséquence, adresser tout ce qui concerne la rédaction de l'*Agenda-Annuaire* du Concours Médical, à M. le Dr Boëll, à Baugé (Maine-et-Loire).

I

Responsabilité médicale.

DEMANDE. — Persuadé que votre bienveillance ne fera pas défaut à un des membres fondateurs de votre estimable journal, je viens soumettre à votre appréciation la question suivante, en vous priant de vouloir bien la traiter et de faire connaître la réponse dans un des prochains numéros.

La femme dont il s'agit a un rétrécissement. C'est sa seconde couche. Tout le monde, au moins dans la localité, prévoit une opération difficile.

Le mari fait appeler deux sages-femmes d'une commune voisine et aussi un officier de santé.

L'accouchement a été laborieux. On a fait, m'a-t-on assuré, de nombreuses applications de forceps soit que le tort ait été du côté de la femme ou du côté du *manche*, comme nous disait notre excellent maître M. Pajot.

Les manœuvres de forceps ont duré environ quatre heures. L'enfant est mort et la mère n'a pas tardé à succomber.

Dans cette circonstance un officier de santé avait-il le droit d'opérer seul, si longuement, en face d'une

difficulté sérieuse, reconnue d'avance ou pouvant l'être, alors qu'il lui était facile d'appeler comme aide, un docteur distant de moins de huit kilomètres?

Réponse. — La loi qui règle l'exercice de la profession médicale est celle du 19 ventôse, an XI, (10 mars 1803). On y lit :

Article 29. Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury, après s'être fait enregistrer comme il vient d'être prescrit. Ils ne pourront pratiquer les *grandes opérations chirurgicales* que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les *lieux* où celui-ci sera établi. *Dans le cas d'accidents graves* arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrites ci-dessus, il y aura recours à *indemnité contre l'officier de santé* qui s'en sera rendu coupable.

Telle est la loi.

La jurisprudence a établi en outre d'une façon à peu près constante que :

1° En général on regarde comme *grandes opérations* toutes celles qui sont d'une exécution difficile, soit à cause de la situation profonde des organes malades, soit à cause du grand nombre de parties essentielles sur lesquelles il faut agir, soit à cause du danger de léser des vaisseaux ou des nerfs importants. On considère comme grandes opérations l'ablation d'un membre la résection des extrémités osseuses dans les grandes articulations, les opérations pratiquées sur des organes essentiels à la vie, sur les organes qui servent à une fonction importante; ainsi la lithotomie, la lithotritie, l'opération du sarcocèle, celle de la hernie étranglée, l'opération de la cataracte, l'opération césarienne, l'embryotomie, sont de grandes opérations.

« *L'application du forceps* qui peut souvent compromettre la santé et la vie de la mère et de l'enfant doit également être rangée dans la catégorie des opérations que les officiers de santé et les sages-femmes ne doivent pratiquer qu'avec l'assistance d'un docteur.

Cependant dans la pratique des accouchements, il est souvent impossible d'exécuter cette prescription de la loi : quelquefois le moindre délai serait fatal à la mère et à l'enfant, et l'officier de santé qui applique alors lui-même le forceps non-seulement est excusable, mais serait répréhensible s'il ne le faisait pas (1).»

2° L'officier de santé qui a pratiqué une grande opération hors de la surveillance et de l'inspection d'un docteur, ne peut être condamné à payer une indemnité que s'il en résulte des accidents graves. Si la grande opération a réussi et n'a amené aucune conséquence fâcheuse, l'officier de santé doit être regardé comme imprudent et comme ayant gravement engagé sa responsabilité, mais il ne peut être atteint par aucune peine. Qui réclamerait, en effet? Serait-ce le malade? Mais il n'a éprouvé aucun prejudice, tout au contraire, l'opération a réussi. Serait-ce le ministère public? Mais il n'y a pas d'infraction à la loi, et aucun texte de loi pénale n'est applicable dans cette circonstance (2).

3° Le mot *lieux* dont se sert l'article 29, ne doit pas être pris dans le sens restreint de *commune.* (Voy. jugement du tribunal de Dieppe, 19 mai 1843). Ainsi un officier de santé ne peut pratiquer une grande opération que quand il ne se trouve de docteur que dans un rayon trop éloigné pour pouvoir être appelé à temps. Et encore faut-il qu'il s'agisse d'une opération pour laquelle on ne peut choisir à l'avance son jour et son heure.

4° L'indemnité à laquelle est assujetti l'officier de santé, pourra être réclamée sans préjudice, s'il y a lieu, des peines portées par les articles 319 et 320 du Code pénal dont voici le texte.

Article 319. — Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 fr.

Article 320. S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précautions que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois et l'amende sera de 16 à 100 fr.

Examinons à l'aide de ces principes, le cas qui nous est soumis.

1° Des manœuvres de forceps qui durent environ quatre heures peuvent être à juste titre considérées comme une grande opération. Par conséquent, légalement, l'officier de santé n'avait pas le droit de les pratiquer seul, c'est-à-dire en dehors de la surveillance de l'inspection d'un docteur. L'indication d'appeler un docteur était d'autant plus pressante qu'il se trouvait en présence d'un rétrécissement déjà constaté à la première couche.

2° La distance de moins de huit kilomètres à la demeure du docteur le plus proche, doit rentrer dans ce que la loi a entendu par l'expression *lieux*. De ce chef, l'officier de santé ne pouvait opérer seul ou tout au moins, après l'inutilité des premières manœuvres il avait le devoir d'appeler le docteur à son aide.

3° Ces manœuvres de forceps ou cette grande opération, pour employer l'expression de la loi, ont entraîné des accidents graves, l'enfant et la mère sont morts. Il y a par conséquent lieu d'appliquer le recours en indemnité prévu par la loi, et l'officier de santé peut être poursuivi par la malade ou sa famille. Mais « faut-il aller jusqu'à dire, que par cela seul qu'il a pratiqué, sans en avoir le droit, une grande opération suivie d'accidents graves, il est passible d'une idemnité vis-à-vis du malade, sans qu'il y ait à rechercher s'il a fait ou non ce que prescrivaient les règles de l'art, si les accidents survenus doivent ou non lui être imputés, et s'ils ne seraient pas nécessairement survenus entre les mains de tout autre opérateur?

Nous ne le pensons pas. En accordant au blessé le droit de demander des dommages-intérêts, la loi suppose par cela même que le malade a éprouvé un dommage par le *fait*, au moins, sinon par la *faute* de l'officier de santé ; seulement la présomption sera contre ce dernier, ce sera à lui de faire toutes les preuves pour repousser la responsabilité civile qui résulte pour lui du fait seul de son infraction à la loi (1). »

4° En cas de poursuites, le ministère public ne pourrait demander l'application à l'officier de santé des articles 319 et 320 du Code pénal «que s'il était bien établi qu'il a agi avec une légèreté ou une négligence impardonnable; ou qu'il a fait preuve de l'ignorance des procédés les plus élémentaires de son art, d'une *ignorance crasse*, ainsi que le disent plusieurs jugements (2).»

Au reste, un docteur encourrait également la responsabilité civile et pénale s'il était démontré qu'il a fait preuve d'une ignorance semblable.

Nota. — Si, dans le cas actuel, l'officier de santé est coupable, *a fortiori*, la sage-femme le serait-elle, si elle appliquait le forceps.

II

Le secret médical

Nous avons relu avec attention, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, la très intéressante communication faite dans une des dernières séances par

(1) Briand et Chaudé. *Manuel complet de médecine légale*, page 41.
(2) Ibid. page 40.

(1) *Briand et Chaudé*, op. cit., page 40.
(2) Ibid., page 44.

M. A. Fournier. Comme à l'audition, la partie de ce mémoire relative au secret professionnel nous a paru appeler quelques observations. On sait ce dont il s'agit. Un homme est accusé de viol sur une enfant, qui est amenée à l'hôpital Saint-Louis. M. Fournier conçoit des doutes sur la vraie nature du désordre observé du côté des parties génitales, et obtient de l'enfant l'aveu que les lésions résultent de frictions à l'aide d'une brosse dure par sa propre mère. C'est dans ces conditions que notre confrère déclare s'être regardé comme entièrement dégagé de l'obligation du secret médical.

Il ne faudrait pas se couvrir ici de cette circonstance particulière que le fait se passait dans un hôpital, où le médecin n'avait été demandé ni par la malade elle-même, qui était d'ailleurs mineure, ni par sa mère. Le hasard qui rapproche un patient et un médecin dans un établissement public fait naître l'obligation du secret tout aussi bien que des relations volontaires. Ce qu'il faut plutôt remarquer, c'est que le secret découvert par M. Fournier n'était pas celui de la petite victime, mais bien celui de la mère infâme qui avait tenté de faire servir son enfant à une ignoble spéculation ; et c'est à elle en réalité que son indignation d'honnête homme a refusé le bénéfice de son silence. Mais ce qui est, suivant nous, sujet à réserves; c'est la règle générale qu'il semble vouloir tirer de ce cas particulier. Le serment d'Hippocrate me touche, dit-il; mais « entre le silence professionnel dont je pourrais faire bénéficier un scélérat et la préservation, la protection que je dois à un honnête homme, mon choix est tout fait. Enrayer une machination criminelle et, au besoin la dénoncer à la société en vue de sauvegarder un innocent, me semble constituer un *devoir* social auquel je n'ai pas le droit, quoique médecin, de me dérober.»

Bien des confrères approuveront cette doctrine, et déjà même, séance tenante, une partie de l'Académie l'a accueillie par des marques non équivoques d'adhésion. Pourtant examinons.

Le serment d'Hippocrate, nous n'y attachons pas, sur ce point, une importance exagérée. A quoi engage-t-il ? Simplement à taire ce qu'on a pu voir ou entendre dans l'exercice ou même en dehors de l'exercice de son ministère et qui n'a pas besoin d'être divulgué. L'engagement, on le voit, est assez élastique ; il ne porte manifestement que sur cette qualité ou cette vertu de tout homme bien élevé, mais plus particulièrement imposée au médecin, qu'on appelle la discrétion. C'est comme un prétexte détaché du *De decenti habitu*.

Mais à côté du serment, il y a quelque chose de plus formel, de plus précis et de plus impératif : c'est l'article 378 du Code pénal, interdisant au médecin la révélation des secrets qu'on lui confie ; il y a de plus l'interprétation de la jurisprudence, d'accord en cela avec le sentiment moral, qui étend la prescription légale aux secrets qui ne résultent pas d'une confidence et que le médecin a découverts dans l'exercice de sa profession.

Or la thèse de M. Fournier pourrait avoir le danger de mettre trop à l'aise la conscience du médecin dans bien des circonstances analogues à celles où il s'est lui-même trouvé. Un meurtrier se blesse dans la lutte avec sa victime ; ou (si l'on veut un exemple où la simulation joue un rôle, et comme il s'en produisait un récemment devant les tribunaux), un commis infidèle cache en lieu sûr l'argent dont il est dépositaire et se blesse pour faire croire à une attaque de voleurs.

Le blessé s'adresse à un médecin et lui fait connaître la vérité ou le médecin la découvre. Personne ne mettra en doute, pas même M. Fournier, que le secret médical soit ici de stricte obligation. Il y a véritablement contrat moral entre le coupable malade et vous qui avez consenti à lui donner vos soins. Mais la justice informe, elle s'égare et met la main sur un innocent. Est-ce que le contrat de tout-à-l'heure a cessé pour cela d'exister ? Est-ce que le principe sur lequel il repose ne reste pas le même ? Est-ce que votre engagement moral envers le patient était conditionnel ? Est-ce que vous l'aviez prévenu que telle ou telle conjoncture pourrait se présenter que vous amènerait à le rompre ? Non ! Avec Borth au congrès médical de 1845, avec Trébuchet dans ses écrits, avec beaucoup de jurisconsultes éminents, nous regardons ce genre d'obligation comme absolu et fermé à tout accommodement.

Ne perdons pas de vue que l'article 378 du Code pénal, s'il peut avoir eu en certains cas exceptionnels, nous ne le contestons pas, de fâcheuses conséquences, est dans son espèce, dans sa teneur, dans l'immense majorité de ses applications, la sauvegarde de l'honneur des familles, en même temps qu'il consacre la dignité de la profession médicale. Or, il est impossible de livrer à la diversité des appréciations individuelles l'obéissance à la loi, et surtout à une loi de cette importance.

Mais, si je ne parle pas, un innocent va payer pour le coupable ! C'est ce que nous allons voir. En attendant, nous ferons remarquer que cette fâcheuse alternative n'est pas unique dans la vie professionnelle du médecin. On le consulte, à l'occasion d'un mariage, sur la santé d'un de ses clients, qui est syphilitique. Son devoir est de se taire ; l'auteur de *La syphilis dans le mariage* le sait mieux que personne.

Cependant, si l'union se contracte, ce qui va en résulter sera plus lamentable, nous ne craignons pas de le dire, qu'une erreur judiciaire en matière criminelle; car là aussi il y aura des victimes : d'abord la femme, qui peut-être, elle aussi, sera condamnée par une opinion égarée, et qui eût souvent préféré à son sort la mort elle-même ; puis les enfants sortis de ces deux sources impures. Heureusement, de telles conséquences ne sont pas fatales. C'est au médecin à chercher dans son expérience, dans les ressources de son esprit, dans son action sur son client, les moyens de le prévenir.

Dans l'espèce qui nous occupe, il y en a plus d'un. Que le médecin s'adresse au criminel ; *sauf à régler ensuite sa conduite sur son devoir professionnel*, il se déclare décidé à ne pas se prêter à la condamnation d'un innocent ; qu'il fasse appel à ce qui lui reste ou ce qui peut être réveillé de bons sentiments au fond des cœurs les plus pervers. Pourquoi réussirait-il moins dans cette tâche, avec la possibilité d'une évasion dont il n'a pas à s'occuper, que le juge d'instruction ou la cour d'assises, auxquels il arrive si souvent d'obtenir du criminel, au risque d'une condamnation prochaine, la rétractation d'accusations fausses et intéressées.

Ce procédé échoue-t-il ? Il en reste un autre, qui est la menace formelle d'une dénonciation, avec cessation immédiate de tout soin médical. Dans l'hypothèse enfin où prière et menace seraient également sans effet, l'innocent restant toujours en péril, on n'oserait plus blâmer un médecin qui, après avoir rompu toute relation avec le coupable, irait trouver l'autorité judiciaire pour l'avertir, sous la réserve professionnelle, qu'elle fait fausse route. Si cette démarche elle-même pouvait encore être considérée, à certains égards, comme une dénonciation indirecte, au moins ne serait-elle pas une violation ouverte, préméditée, de la loi, et aurait-elle son excuse dans les tentatives faites pour l'éviter.

On dit souvent que la médecine est un sacerdoce. Le médecin est donc un prêtre; et dès lors il doit se conduire comme le prêtre, auquel rien n'arrache jamais un secret appris dans l'exercice de son ministère.

Gaz. hebd. A. DECHAMBRE.

III

Assurances sur la vie.

Monsieur le directeur du *Concours médical* et très honoré confrère.

Depuis plusieurs années, j'avais pris la résolution de contracter une *Assurance sur la vie*, afin de laisser aux miens, en cas de décès prématuré, un supplément d'avoir un peu important. Mais en examinant avec soin les tarifs que m'apportaient les agents de diverses compagnies, j'arrivais à cette conclusion qu'en cas de vie, à la cessation de l'assurance, je rentrerais à peine dans les fonds déboursés, et qu'en cas de mort quinze ans après la conclusion d'un contrat de vingt ans, par exemple, ma famille aurait à peuprès ce que je lui aurais laissé, en admettant que j'eusse fait fructifier les économies réservées à payer la prime. C'est vous dire avec quelle attention j'ai suivi la question *assurances* si longuement et si minutieusement traitée dans le *Concours médical*. Lors de notre réunion du Grand-Hôtel, j'ai eu le bonheur d'avoir pour voisin de table, M. Collet, chef du bureau de Paris, à la New-York et vous pensez si j'en ai profité pour acquérir un supplément d'information.

Bref, le résultat a été que depuis j'ai contracté une assurance sur la vie à la New-York. Permettez-moi donc d'exposer la combinaison que j'ai choisie, si elle n'est pas la meilleure ni la plus avantageuse, elle a, du moins, le mérite, à mes yeux, de n'exposer à aucun risque quelle que soit l'époque de mon décès, d'obtenir une plus-value considérable de la somme effectivement déboursée.

Nous raisonnerons, si vous le voulez bien, sur une assurance mixte de vingt ans, au capital de 10.000 fr. Le calcul sera plus commode et il pourra en outre s'appliquer facilement aux multiples : 20,000, 30,000, 40,000, 50,000, etc., puisqu'il suffira de multiplier les résultats obtenus par 2, 3, 4, 5.

Donc, j'ai trente-huit ans, j'assure un capital de 10,000 fr. payable à moi-même dans vingt ans si je vis encore, ou à mes ayant-droit, lors de mon décès, s'il a lieu avant cette époque. La prime annuelle à verser en une seule fois est de 508 fr. 60. Je choisis l'accumulation des bénéfices pendant quinze ans.

Au bout de quinze ans, j'aurai payé 15 fois 508,60, soit 6,729 fr. Alors le résultat de l'accumulation des bénéfices pendant ces quinze années me permettra de toucher en espèces une somme approximative (1) de 5290 fr. qui, si je le préfère, me donnera droit à une rente viagère de 485 fr., 90

A cette époque ma police restera toujours en vigueur et je continuerai à payer pendant les cinqdernières années maprime de 508, 60 avec cette différence, toutefois, qu'à partir de la seizième année elle sera diminuée par les répartitions de bénéfices d'environ 35 0/0 c'est-à-dire qu'elle sera réduite en réalité à 330 fr. 60.

On voit donc que dans le cas où j'aurai choisi une rente viagère pour l'accumulation des bénéfices je pourrai toucher à partir de la seizième année, 155 fr. 30 de bénéfice annuel.

Mais il existe d'autres combinaisons dont on peut également profiter.

Si, arrivé au terme de l'accumulation des bénéfices après quinze ans, je voulais cesser mon assurance, j'aurais droit de :

(1) J'emploie ce mot parce que la compagnie ne peut garantir absolument ce résultat, car il dépend de causes aléatoires telles que la mortalité, le taux des placements de fonds, etc., dont les compagnies ne sont pas maîtresses. Seulement ce chiffre est basé sur l'état actuel des caisses d'accumulation et sur les tarifs en vigueur.

1° Toucher en espèces la valeur totale de ma police environ 11,730 fr.

2° Ou l'échanger contre une rente viagère de 1076 fr. 90.

3. Ou l'échanger contre une police libérée payable à mon décès et sans participation aux bénéfices, de 25000 fr. (1).

Voici les avantages que je trouve à cette combinaison.

1. Si je meurs avant quinze ans, mes ayant-droit toucheront 10,000 fr., somme bien supérieure aux sommes versées.

2. Si je vis après quinze ans, je serai libre, suivant l'état de mes affaires, de choisir la combinaison qui me paraîtra la plus favorable, soit pour m'alléger de toute charge, soit pour assurer à mes héritiers, lors de mon décès, une somme bien supérieure au montant primitif de l'assurance.

Par conséquent la combinaison choisie n'offre que des avantages certains et sans aucune crainte de perte. Pardon ! j'oubliais la perte de l'accumulation des bénéfices dans le cas où je ne pourrais plus payer la prime annuelle. Mais la caisse de prévoyance du *Concours Médical* n'est-elle pas là pour parer à cet aléa ?

Si cette combinaison est bonne et tellement bonne que je crois devoir la recommander à mes confrères, elle n'est cependant pas absolument la meilleure ni la plus avantageuse.

Voyons, en effet, ce qui arriverait en laissant les bénéfices s'accumuler pendant vingt ans, je pourrais alors :

1° Toucher en espèces la valeur totale de la police, soit 21,830 fr.

2° Toucher en espèces le capital assuré 10,000 fr., et abandonner les bénéfices contre une rente viagère annuelle de 1,248 fr., 06 cent.

3° Abandonner capital et bénéfices en échange d'une rente viagère annuelle de 2,203 fr., 06 cent.

4° Abandonner capital et bénéfices en échange d'une police libérée payable au décès et sans participation aux bénéfices de 41,200 fr.

Cette dernière combinaison donne des résultats magnifiques, trop beaux même, puisqu'ils ne sont dus qu'à un plus grand nombre de décès parmi les assurés. Elle ne permet donc pas comme la première de parer aux diverses éventualités qui peuvent se produire au cours d'une carrière médicale. Le mieux n'est-il pas quelquefois l'ennemi du bien?

Si vous croyez cette lettre utile aux lecteurs du *Concours médical*, veuillez l'insérer et agréez. Dr X.

Membre fondateur du Concours médical.

(1) Cette police libérée étant d'un montant supérieur au capital assuré dans l'origine n'est accordée que sous condition d'un nouvel examen médical et d'acceptation du risque par la compagnie.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des engelures, des crevasses, etc. — Hygiène du médecin de campagne pendant le froid.

Voici le froid et son cortège de petites infirmités. La bise glacée mord sans pitié les épidermes délicats, gonflant les mains, rougissant

les nez, picotant les oreilles. Docteur donnez-moi donc un remède pour les engelures...

Hélas !.. les remèdes ne manquent pas : ils sont aussi nombreux que peu efficaces. Il ne faut pas perdre de vue que les engelures sont l'apanage de certains tempéraments. C'est une erreur de croire que les personnes faibles et délicates y sont prédisposées. Je vois de vigoureuses filles de la campagne, potelées, rougeaudes qui en souffrent beaucoup. Les scrofuleux ont des engelures ulcérées, de mauvaise nature, ne guérissant qu'avec le soleil. J'ai cependant eu l'occasion de constater que l'iodure de potassium à l'intérieur combat avantageusement chez eux, la prédisposition aux engelures. Une jeune fille de la campagne, modérément scrofuleuse, qui tous les ans était atteinte d'engelures, m'a fait remarquer qu'elle n'en avait pas eu pendant qu'elle prenait l'iodure.

Le véritable traitement des engelures consiste donc, avant tout, à mettre certains organismes en mesure de mieux résister au froid. L'huile de foie de morue et l'iodure donnent des résulats positifs chez les lymphatiques et les scrofuleux.

Il y a aussi, pour tout le monde, certaines précautions hygiéniques indispensables. Rien ne donne plus sûrement des engelures que de se laver les mains et la figure avec de l'eau chaude, de porter des chaussures légères et de se rôtir les pieds sur une chaufferette ou devant un feu ardent.

Les engelures affectent exclusivement les parties les plus éloignés du centre circulatoire : le bout du nez et les oreilles ; les mains et les pieds. Sous l'influence du froid il se fait des *gelures* partielles, entraînant une paralysie durable des vaso moteurs. C'est une véritable paralysie vasculaire *à frigore*, comparable à la paralysie faciale des voyageurs qui prennent froid, à la portière d'un wagon. C'est pourquoi tous les moyens qui ont pour résultat de stimuler ou d'activer la circulation périphérique, sont utiles contre les engelures. Telles sont les frictions d'alcool camphré, l'électrisation (très employée par les médecins anglais) et plus simplement les frictions avec de la neige, etc.

Comme traitement local, comme topiques, je n'indiquerai aucune recette. J'en ai essayé ou vu essayer une foule avec des résultats très-discordants. Voici les conseils que je donne à mes clientes, suivant leur situation sociale.

Portez dans les appartements des chaussures fourrées en *peau naturelle* et des bas de laine ou de soie (il y a des dames qui se refusent obstinément à porter des bas de laine) ; — pas de chaufferettes, ou feu très-doux. Se laver les mains avec de l'eau *à peine* dégourdie et de la pâte d'amandes. Eviter de sortir quand le froid est très-vif, particulièrement le matin et le soir. Comme topique, quand il y a des engelures douloureuses, glycérolé d'amidon boraté et cataplasmes de fécule de pommes de terre pendant la nuit.

Pour l'ouvrier et les gens de la campagne, commo chaussures, sabots ou galoches, avec de gros chaussons, frictions avec de l'eau-de-vie sur les points atteints d'engelures, cataplasmes de pommes de terre cuites dans du lait et écrasées, quand les engelures s'enflamment. Inutile de recommander l'alcool comme stimulant. Les femmes même prennent volontiers une petite *goutte*.

Contre les crevasses, je recommande un topique singulier qui est vraiment efficace. C'est un onguent, employé en médecine vétérinaire, et connu sous le nom *d'onguent de pied*. On le trouve préparé dans toutes les pharmacies. On en frotte les parties malades deux ou trois fois par jour, ou on l'applique comme topique sur les crevasses. Cela vaut mieux que le *brai*, qui jouit d'une vieille réputation à la campagne. C'est un remède de savetier.

Quelques mots à mes jeunes confrères qui font de la clientèle rurale même par le froid le plus rigoureux. Je vous engage à voyager en voiture découverte. Je suis un ennemi déclaré du cabriolet. Ce véhicule versant et encombrant autant que disgracieux ne m'a laissé que de mauvais souvenirs. On y a plus froid que dans un tilbury. Soyez vêtu de flanelle de la tête aux pieds ; comme chaussures, d'excellentes bottes de chasse bien inperméables ou des galoches quand il fait froid et sec. Ayez une casquette de fourrure pouvant se rabattre et protéger efficacement vos oreilles.

Comme gants après avoir essayé des gants fourrés de toute espèce, j'ai définitivement adopté un genre, peu élégant, j'en conviens, mais excellent pour l'usage auquel ils sont destinés. Ce sont des gants en peau naturelle recouverts du pelage, d'un animal qui m'est inconnu et ornés d'une épaisse manchette en peau de renard qui préserve le poignet et l'avant-bras de la bise indiscrète. On trouve ces gants chez les bourreliers. Dans la voiture on s'enveloppe les jambes dans une couverture faite de deux peaux de chèvre cousues ensemble et doublées d'une couverture de voyage. Un de mes confrères s'est fait confectionner une semblable couverture avec des peaux de renard : c'est du luxe. Une bouillotte comme celle adoptée dans les chemins de fer sous vos pieds, et un cache-nez si vous y tenez, compléteraient votre équipement et vous permettraient de braver sans rhumes, ni maux de gorge, les intempéries de la dure saison que nous traversons.

J'aurais voulu vous dire quelques mots de l'hygiène de votre compagnon inséparable, le cheval, mais j'en ai déjà dit si long que je deviendrais prolixe et je me hâte de signer :

Un Médecin de campagne.

VARIÉTÉS

LA VÉRITÉ SUR LE CAS DU Dr TANNER.

Vous souvenez-vous encore du fameux Dr Tanner et de son jeûne invraisemblable ? Les journaux nous ont entretenu quarante jours durant, des faits et gestes de cet excentrique américain ; il semblait alors que le câble transatlantique fût uniquement destiné à relier le Dr Tanner à notre continent. Les publications illustrées nous l'ont montré sous les aspects les plus variés :

debout, assis, couché, ou même perché sur une table, comme un escamoteur de passage. Il escamotait, en effet, l'attention du monde entier, au grand détriment de ses rivaux en originalité, et particulièrement de cet inoffensif capitaine Boyton — l'homme-poisson — qui s'exhibait vers la même époque. La retentissante renommée du famélique Américain pesa si lourdement sur les épaules de l'aquatique capitaine, qu'il en fit un plongeon définitif et disparut. On ne parla plus que du Dr Tanner : il fut plus célèbre que feu Lambert. C'était à la fois le « cri-cri » dont on s'agaçait mutuellement, et l'énigme qu'on jetait entre les jambes des médecins et des savants.

Était-ce possible, Était-ce vrai? — Assurément c'était peu vraisemblable. Et malgré l'aphorisme de Boileau, les sceptiques croyaient à une colossale mystification. J'ai entendu aussi des gens « bien informés » soutenir qu'il s'agissait tout bonuement d'une ingénieuse réclame commerciale destinée à lancer un nouvel extrait alimentaire, auprès duquel le Liébig n'était qu'un affreux caramel. C'était cet extrait, simplement dissous dans l'eau, qui réconfortait l'original docteur. Mais tandis que les journaux quotidiens faisaient assaut d'informations et se montraient bruyants et loquaces, la presse scientifique était silencieuse et réservée. On ne savait pas trop à quoi s'en tenir, et dans le doute... on se taisait. Nous avons eu la curiosité de savoir ce qu'il y avait de réellement vrai dans l'histoire du Dr Tanner et nous avons demandé des renseignements au Dr James E. Pilcher, de Brooklyn, qui, dans une lettre particulière, nous donne les curieux détails suivants. Nous traduisons littéralement, voulant conserver à ce document toute son originalité.

« Le jeûne du docteur Tanner. »

Il y a quelques années, une jeune femme, miss Mollie Faucher, demeurant à peu de distance de mon habitation, et qui avait été atteinte quelque temps d'hystérie, prétendit avoir vécu quatorze jours sans nourriture et annonça qu'en raison de la séparation de son esprit et de son corps, elle était à même de répéter ce jeûne indéfiniment. Cette prétention souleva de nombreuses objections, et spécialement de la part du professeur Hammond, de New-York, qui lui offrit 5,000 francs si elle voulait, pendant trente jours, se soumettre à une épreuve sous sa direction. Elle ne fit aucune réponse, mais un certain Dr Tanner, de Minnesota, ayant eu connaissance de l'offre, écrivit au Dr Hammond, en consentant à accepter les conditions. »

« Pour des raisons qui me sont inconnues, lorsque le moment fut venu de commencer l'expérience, les arrangements ne furent pas complétés. Le Dr Tanner, néanmoins, se prépara à affronter l'épreuve, mais sous la surveillance de certains messieurs, qui s'intitulent médecins « éclectiques », et dont la position, en tant que médecins, n'est pas reconnue par les médecins de ce pays qui ont fait des études régulières. Le 28 juin, le jeûne commença. »

« Pendant les quatorze premiers jours, le Dr Tanner s'abstint de toute nourriture et boisson, mais à la fin de ce laps de temps, se trouvant très-épuisé, il commença une série de fréquentes et copieuses libations d'eau. Du quinzième au quarantième jour il but, en moyenne, 780 grammes d'eau par jour, mais ne reçut aucune autre nourriture. Sa température pendant le jeûne varia peu, son pouls un peu plus — de quatre-vingt-deux à cent-huit pulsations par minute. — Il souffrit continuellement d'une irritabilité de l'estomac. »

« Sa perte en poids fut de trente-cinq livres, ou 22 1/3 pour cent de son poids primitif. On n'observa aucune atrophie de la fibre musculaire, mais on remarqua que les corpuscules rouges du sang avaient pris une forme étoilée, semblable à celle déterminée par l'évaporation du serum sur le porte objet du microscope. Son caractère était variable, tour à tour sombre et taciturne, farouche ou sauvage. L'examen de son urine montra une diminution constante dans la quantité d'urée excrétée chaque jour, qui de 29 grammes le premier jour tomba à 6 grammes seulement le dernier jour. Ce furent les seules observations faites pendant la durée de l'épreuve. A la fin de son jeûne, le docteur transgressant tous les précédents connus et contrairement à l'avis de ses témoins, mangea très-copieusement, principalement des fruits, et but d'énormes quantités de lait et de vin. Il persista dans ce régime jusqu'à son rétablissement qui, autant que je puis l'affirmer, a été parfait et complet. Cette épreuve eut lieu dans une salle publique et le public était admis à voir le docteur, moyennant un droit d'entrée de un franc environ. L'affaire, dans son ensemble, paraît avoir été un attrape-sous, *(a catch-penny)* pour gagner de l'argent et attirer la notoriété sur le parti de ceux qui y ont pris part : elle a attiré l'attention des journaux médicaux et des médecins plutôt à l'étranger qu'ici-même, et beaucoup plus qu'elle n'en valait la peine. Le jeûne, je crois, a été honnêtement suivi, et si les observations eussent été faites par des hommes d'un mérite reconnu, nos connaissances eussent pu s'enrichir de quelques notions physiologiques importantes. Mais les hommes engagés dans cette affaire, n'ayant pas de situation définie dans le monde scientifique, leurs observations étant incomplètes et insuffisantes, et enfin la mise en scène étant « charlatanesque » et peu honorable, *il n'en est rien résulté ayant une valeur scientifique positive.* »

Brooklyn, New-York. Dr James E. Pilcher.

Au résumé, il paraît acquis que le jeûne du Dr Tanner a été réel et *honnêtement gardé.* Depuis on a cité des jeûnes encore plus prolongés, et sous ce titre : « Dr Tanner distanced, » le *Medical and surgical Reporter*, rapporte, d'après l'*Union médicale*, le cas d'un assassin qui pour échapper à une exécution publique, se laissa mourir d'inanition au bout de soixante-trois jours d'abstinence, dans la prison de Toulouse, en 1831. Dr Marsh.

Le nombre des journaux médicaux à périodicité fixe actuels, du moment présent, est pour :

La France et ses colonies	147
Notre pays tient la tête, puis :	
La Confédération germanique	133
Grande-Bretagne	69
Autriche	54
Italie	51
Belgique	28
Espagne	26
Russie	26
Hollande	16
Suisse	10
Suède et Norwège	9
Danemark	5
Portugal	4
Principautés danubiennes	3
Turquie	2
Grèce	1
Nombre total pour l'Europe	585

Le nombre des journaux médicaux actuellement publiés en :

Amérique est de.	183
Asie.	15
Océanie	2
Le total des deux continents est de.	785

Le nombre des journaux médicaux créés d e p uis 1679 dépasse 2,500.

REPONSES A QUELQUES PROPOSITIONS.

Enoncées dans la réunion du 16 déc. 1880.

On a proposé :

1° D'organiser le plus promptement possible des syndicats locaux.

Cette question sera étudiée par la commission *ad hoc.* La création des syndicats ne pourra venir qu'après l'étude de leur possibilité et après l'élaboration de règlements généraux, susceptibles de modifications régionales en rapport avec les usages adoptés.

2° De publier un tarif minimum d'honoraires.

Est-il convenable d'établir un *tarif d'honoraires*, ou un *tarif minimum d'honoraires ?* Il nous paraît préférable d'établir des *tarifs régionaux.*

A cet effet, nous allons faire parvenir à tous les adhérents du *Concours*, un questionnaire, qui, *condition essentielle*, ne leur réclamera que peu de réponses, quelques chiffres de moyennes et nous sera renvoyé sans comporter de signature. Nous aurons alors les véritables éléments des tarifs et en outre de précieuses indications sur *l'état de la médecine en France*, dans tous les départements.

3° De préparer la révision de la législation médicale.

Nous prévenons que toutes les propositions doivent être adressées à *M. le Dr Gassot à Chevilly (Loiret).* Nous savons, par longue expérience, qu'assisté par nous tous, il pourra en temps utile établir clairement nos *cahiers.* Mais nous demandons que pas un des nôtres ne se récuse quant il s'agit des renseignements à fournir à notre distingué et laborieux confrère,

4° D'engager tous nos adhérents à s'affilier à l'association générale et demander à celle-ci la réciprocité.

Nous n'avons jamais failli à la première partie de la proposition; nous trouvons qu'il y aurait de la prétention à revendiquer la seconde.

5° D'établir une agence de renseignements professionnels.

Le *Concours Médical* faillirait à sa tâche s'il ne tendait de plus en plus à ce but. Sa correspondance journalière est toute disposée pour cela.

6° D'établir une agence pour le recouvrement des honoraires.

Nous ne croyons pas que le *Concours Médical* puisse remplir ce rôle. *La poste* est l'agent le mieux placé, le plus sûr, le plus économique, le plus efficace. Les *syndicats locaux*, une fois établis, auront qualité pour traiter cette question.

7° De créer, pour les médecins âgés ou infirmes, une maison de retraite.

L'assemblée générale aura qualité pour décider quelles sommes elle entend affecter à cette destination. C'est là un de ses rôles naturels.

8° D'établir une caisse de dons à perpétuité.

Si le *Concours Médical* recevait des dons, aux donateurs seuls il appartiendrait de déterminer l'affectation de ces dons.

9° De créer un comité spécial chargé de diriger une caisse de spéculation à la bourse.

Cette proposition n'a pas besoin d'être discutée. Nous n'avons qu'à la repousser.

10° De réprimer le charlatanisme et l'exercice illégal.

Cette proposition est du ressort des modifications a réclamer à la législation et de l'initiative des syndicats, une fois établis.

11° De réglementer les professions de dentistes et de sages-femmes.

Du ressort du comité d'études de réformes. Ceux de nos confrères qui ont des vues spéciales sur ce sujet doivent les adresser sans retard aux membres des commissions.

12° De publier un annuaire spécial au Concours Médical.

En voie d'étude et d'exécution.

13° De nous abonner tous au journal politique qui prendrait u moins la défense de nos intérêts professionnels,

Cette proposition est absolument inacceptable sous une pareille forme. Mais un de nos confrères tenant compte des divergences politiques, nous écrit à ce sujet une lettre qui pose une question d'une façon acceptable et toute autre. Nous nous ferons un devoir de l'annoncer prochainement, après examen plus approfondi.

BORDEAUX, le 31 Décembre 1880.

Les progrès constants des sciences médicales, progrès si sensibles dans notre ville, ont engagé le Comité de rédaction du *journal de médecine de Bordeaux* à modifier son fonctionnement. Il a donc demandé l'adhésion et la collaboration de nouveaux membres, qui ont bien voulu lui assurer leur sympathie active et leurs travaux.

Dès aujourd'hui le nouveau Comité est constitué de la façon suivante :

MM. les Drs

Bouchard, professeur à la Faculté de Médecine, président du Comité.

Baudrimont, Chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Douaud, Secrétaire général de la Société de Medecine et de Chirurgie.

Dudon, Chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Gervais, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Lande, Médecin des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Mauriac.

Micé, Professeur à la Faculté de Médecine.

Morache, Professeur à la faculté de médecine, secrétaire général de la Société d'Anatomie et de Physiologie, Vice-Président du Comité.

Poinsot, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Rousseau Saint-Philippe, Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Solles, Médecin des Hôpitaux. Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Sous, Professeur libre d'Ophtalmologie.

Troquart, Chef-Interne à l'hôpital Saint-André.

Verdalle, Médecin des Hôpitaux, secrétaire du comité.

Les rédacteurs anciens et nouveaux s'efforceront de tenir le journal à la hauteur de la science moderne, tout en réservant une bonne partie aux questions de pratique médicale.

Nos colonnes seront toujours ouvertes à tous ceux qui voudront bien nous honorer de leur collaboration.

Le Comité de Rédaction.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

29 Janvier 1881 — 3me Année. — N° 5

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Maurice Raynaud lit à l'Académie, en son nom et au nom de *M. Lannelongue*, une note sur la *transmission de la rage de l'homme au lapin*, note dans laquelle, après avoir rappelé les travaux du Dr Galtier sur cette question (1870), il expose les expériences qu'il a faites avec M. Lannelongue, à propos d'un enfant de cinq ans et demi mort dernièrement de la rage confirmée, à l'hôpital Trousseau (Sainte-Eugénie). — Trois séries d'expériences ont été instituées.

Dans la première série, l'inoculation de la salive, pratiquée sur quatre lapins, a amené la mort de trois d'entre eux ; l'inoculation du sang pratiquée sur deux autres lapins n'a pas été suivie d'accidents.

Dans la deuxième série, l'enfant étant mort, on a inoculé : 1° à deux lapins, du mucus bronchique ; tous sont sont morts en trente-quatre et quarante-huit heures ; — 2° à six lapins, dix fragments de glande salivaire : un seul a succombé. — 3° Le produit du raclage des ganglions bronchiques a tué un lapin sur deux. Enfin l'insertion des racines du trijumeau, faite sous la peau d'un autre lapin, a amené sa mort en trois jours.

La troisième série, comprenant des inoculations de lapin à lapin, n'a pas présenté un seul insuccès, qu'on se soit servi de la salive ou du sang des animaux morts antérieurement.

En conséquence, M. Raynaud déclare que « c'est bien de la rage que sont morts ces lapins. »

M. Colin (d'Alfort) conteste absolument cette assertion ; et il affirme que M. Raynaud s'est trouvé en présence d'accidents, non de rage, mais de putridité et de septicémie. Le procédé employé par lui tuerait également tous les herbivores.

M. Pasteur, qui ne put voir l'enfant que plus de quatre heures après sa mort, recueillit néanmoins de la salive dans la bouche du cadavre.

Cette salive, inoculée à deux lapins, les tua en trente-six heures ; et la salive de ces derniers en tua de même deux autres. Il y a donc eu transmission d'une maladie, à laquelle ces animaux ont succombé. L'autopsie permit en effet de constater du gonflement des ganglions et l'injection de la muqueuse de la trachée. — Enfin, dans le sang, M. Pasteur a constaté la présence d'un organisme microscopique spécial, ayant la forme d'un 8 de chiffre, et que la culture peut faire passer par trois états différents. C'est cet organisme qui a causé la mort des animaux inoculés ; mais a-t-on affaire à la rage ? M. Pasteur n'en sait rien ; et il fait seulement remarquer que, chez les lapins de M. Raynaud, a manqué la période d'incubation : objection considérable ! — Pour ce qui est de la septicémie, M. Pasteur rejette l'opinion de M. Colin, le vibrion de la septicémie n'ayant rien de commun avec le nouvel organisme découvert en cette occasion. En résumé, conclut M. Pasteur, il se peut que la salive, qui a servi aux inoculations sur les lapins, ait produit une maladie qui ne serait pas identique à la rage. On doit voir éclater ici, ajoute-t-il, la supériorité de la doctrine des germes, et de la méthode expérimentale qui en découle, sur la clinique pure,

puisqu'elle a permis d'aborder et d'entrevoir la solution de difficultés que la clinique eût été absolument impuissante à résoudre. En révélant l'existence d'un microbe particulier, elle imprime à l'étude de la maladie une direction et une vigueur que les seules données de l'observation clinique ne pouvaient mettre en lumière.

L'Académie ne s'est d'ailleurs pas associée à cet élan d'enthousiasme, et *M. Gosselin* a bien traduit l'impression générale, lorsque, après avoir critiqué, au nom même de cette clinique si dédaignée, les conclusions de M. Pasteur et surtout celles de M. Raynaud, il a déclaré qu'il ne saurait admettre comme démontrée la transmission de la rage aux lapins, dans les expériences de MM. Raynaud et Lannelongue, que si, par une contre-épreuve indispensable, les expérimentateurs avaient transmis la rage de ces mêmes lapins au chien. On connait en effet les symptômes de la rage chez l'homme et chez le chien, on ne les connait pas chez le lapin : Avouons-le, l'argument nous a paru absolument topique ; et nous pensons que, malgré les attaques un peu passionnées de M. Pasteur, la clinique n'est pas encore tout à fait morte, puisqu'elle a si bien parlé, en empruntant la voix de M. Gosselin.

***

Dans le travail très-intéressant que nous avons inséré dernièrement, M. le Dr Poulet réclamait un instrument pour faciliter la version et son vœu a été exaucé. M. Tarnier a présenté dans la dernière séance un *porte-lacs* imaginé par M. Bousquet (de Marseille), construit par M. Collin et que M. Tarnier déclare d'ailleurs inférieur sur certains points, à celui de M. Hyernaux (de Bruxelles).

***

Jusqu'ici, dans les hôpitaux de Paris, les services d'accouchements n'étaient que des services annexés à tel ou tel service de médecine ou de chirurgie ; et bien des fois on a eu à déplorer cette organisation si défectueuse, tant au point de vue de *l'enseignement* qu'au point de vue *des malades*. Dans une de ses dernières séances, le *Conseil Municipal de Paris* a décidé, sur la proposition de MM. les docteurs Bourneville et de Lanessan, que désormais il y aurait dans les hôpitaux des *services spéciaux pour les accouchements et les suites de couches.* Mais le point important est que ces services seront confiés, non pas à des membres du bureau central, mais à des accoucheurs nommés au concours, et qui jouiront des mêmes prérogatives que les médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

M. de Lanessan, insistant sur l'importance et l'urgence de cette réforme, a obtenu la mise au concours, pour l'année 1881, de quatre places d'accoucheurs et a fait inscrire au budget le crédit nécessaire (6,000 francs), pour payer l'indemnité allouée à ces médecins. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette mesure si longtemps désirée. C'est, en effet, un grand pas fait en avant dans la voie du progrès et, pour ne parler que de l'enseignement, il était vraiment regrettable de voir la majeure partie des étudiants quitter les bancs de l'école, sans avoir fait, quelquefois sans avoir vu faire, un seul accouchement! Qui donc était, au fond, responsable de l'ignorance ou du manque d'habileté de ces jeunes gens, lorsque, placés en présence d'un cas difficile, ils étaient obligés d'agir, sans avoir d'autre guide de leur intervention que les inspirations de leur seul bon sens, et les souvenirs plus ou moins présents d'un enseignement théorique?

Dr J. G.

CLINIQUE DE M. HARDY

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Messieurs,

Avant d'exposer le traitement du rhumatisme articulaire aigu, je vais vous entretenir quelques instants de cette maladie. Nous avons eu, pendant ce mois dernier, dans nos salles, six malades atteints de rhumatisme qui tous ont obtenu une guérison assez rapide.

La cause principale du rhumatisme est le refroidissement; vos malades vous diront tous qu'ayant le corps couvert de sueur, ils se sont exposés au froid ; c'est ce qui explique la fréquence si grande de cette maladie : d'après une statistique récemment faite dans les hôpitaux, le rhumatisme occupe le troisième rang : la phthisie a la première place; puis vient la bronchite; puis enfin le rhumatisme.

Quant à la cause héréditaire, si généralement admise, je n'y crois pas beaucoup : des parents non rhumatisants ont souvent des enfants atteints de cette affection ; et réciproquement, des enfants non rhumatisants nous affirmeront que leurs ascendants, pères ou grands pères, ont souffert de douleurs articulaires. L'hérédité pour moi n'est donc pas une cause.

Les principaux symptômes du rhumatisme sont la douleur, le gonflement des articulations, la rougeur. La douleur est quelquefois tellement vive qu'elle retient les malades dans une immobilité absolue, au point qn'on pourrait d'abord croire à une paralysie. La rougeur est variable, tantôt uniforme, tantôt formée de petites taches érythémateuses, tantôt de purpura, ne disparaissant plus sous la pression du doigt.

La température est irrégulière; elle s'élève

graduellement jusqu'à 38°, 39°, 40°; si elle passe ce chiffre, interrogez le cœur; redoutez une complication viscérale. Vous entendez quelquefois, à la base du cœur, un bruit de souffle plus ou moins rude, se prolongeant le long de l'aorte; ne vous hâtez pas de conclure à une endocardite; attendez un ou deux jours; ce souffle peut disparaître, comme ce fait vient d'avoir lieu chez une de nos malades. Nous avions un souffle chlorotique, augmenté par la fièvre qui peut elle-même produire des souffles vasculaires.

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, et non localisée dans les articulations, comme on l'a cru longtemps. Le siége de la maladie est pour ainsi dire dans le sang qui est surchargé de fibrine; il en contient six à huit pour mille au lieu de deux et demi.

J'attirerai enfin votre attention sur l'abondance des sueurs, sur leur odeur forte et nauséabonde, sur les sudamina si abondants quelquefois, et sur les urines épaisses, foncées et chargées d'urée et d'urates de chaux.

Traitement. — Le traitement abortif a varié suivant les temps : on a commencé par traiter l'affection locale en recouvrant les articulations douloureuses de cataplasmes, de laudanum, de liniments belladonés. On ordonnait à l'intérieur : l'opium, la poudre de Dower. La maladie se prolongeait pendant six semaines, deux mois avec des douleurs atroces, à tel point que les malades tombaient dans une cachexie quelquefois mortelle.

Il y a vingt ans, Bouillaud préconisa les émissions sanguines à haute dose : il prescrivait cinq, six, sept saignées générales. Par ce traitement énergique, Bouillaud avait obtenu un résultat; il guérissait les rhumatisants en six, huit, douze jours; la douleur, le gonflement et la rougeur des articulations avaient disparu. Mais le malade épuisé par ces nombreuses saignées, tombait souvent dans une anémie profonde, dans une convalescence de plusieurs mois : c'était là une conséquence bien fâcheuse du traitement de Bouillaud.

Quelques années après, il y a environ quinze ans, M. Briquet employa le sulfate de quinine à la dose de 50 centigr., 1 gr., 1 gr. 50 même par jour. Les effets en furent assez satisfaisants. On l'accuse bien à tort de causer le rhumatisme cérébral. Il provoque cependant, chez certains malades, des maux de tête, des étourdissements. Certains estomacs ne peuvent pas le supporter; l'intestin même s'enflamme quelquefois sous son influence.

Disons enfin qu'aujourd'hui le sulfate de quinine est presque entièrement abandonné dans le traitement du rhumatisme.

On a employé encore la teinture de colchique, la vératrine, le nitrate de potasse à la dose de 4, 5, 6 grammes (Gendrin). Ces médications ont eu peu de succès.

Enfin, M. Sée préconisa le salicylate de soude. Nous avons employé ce remède avec succès dans nos salles depuis deux ans.

On l'a accusé, comme le sulfate de quinine, de produire des accidents cérébraux tellement graves que, dans certains cas, ils auraient rendu les malades fous, et auraient même causé la mort de quelques-uns. Ce reproche est assurément immérité, surtout si l'on ordonne le salicylate de soude avec réserve en suivant une certaine marche. Le premier jour, prescrivez-le à la dose de 3 gr., puis 4 gr., 5 gr., 6 gr., les jours suivants : mais n'allez pas au-delà; arrêtez-vous à 6 grammes. De cette façon, vous n'aurez point d'accidents sérieux; vos malades se plaindront peut-être de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, de quelques vomissements; mais rien de plus; vous n'aurez pas à redouter les tristes conséquences dont j'ai parlé plus haut. Bien au contraire, quelquefois en vingt-quatre heures, le plus souvent en quarante-huit heures, en trois jours, le salicylate de soude, donné à doses progressives, aura guéri votre malade. Ce médicament est vraiment antipyrétique, anesthésique et antiphlogistique : c'est-à-dire que sous son influence la fièvre tombe; la douleur cesse; le gonflement disparait.

Votre malade arrive ainsi en pleine convalescence; mais continuez le traitement quelques jours encore après la guérison, pendant huit ou dix jours, en diminuant peu à peu la dose. Tel est le mode d'emploi du salicylate de soude; je vous le recommande, Messieurs, comme étant un remède presque souverain dans le rhumatisme articulaire franchement aigu.

A cause de son mauvais goût, vos malades refuseront quelquefois de prendre ce médicament; vous avez un moyen bien simple pour en faire disparaître la saveur; masquez-le dans 30 gr. soit de sirop de punch, soit de sirop de menthe, soit de sirop d'oranges.

Il y a cependant, une contre-indication à l'emploi du salicylate, c'est la néphrite albumineuse qui peut parfois compliquer le rhumatisme. Le sel n'est plus éliminé par le rein; il reste dans l'organisme et peut devenir nuisible. Dès le premier jour, ayez donc soin d'examiner les urines de vos rhumatisants; voyez, par les moyens chimiques appropriés, si elles ne contiennent pas d'albumine.

Vous avez enfin un excellent moyen pour reconnaitre si le salicylate est bien éliminé par le rein; c'est de le rechercher dans les urines en y versant une certaine quantité de perchlorure de fer, qui vous dénoncera la présence du salicylate de soude par une belle couleur violette.

MÉDECINE PRATIQUE.

Dans le n° 2 du *Concours médical*, page 21 nous avons signalé, d'après le *Paris médical*, un emploi encore nouveau du chloral comme anesthésique chez les enfants. Nous empruntons à la *Gazette des hôpitaux*, la relation intéressante d'une opération de bec-de-lièvre, faite sur un enfant de six ans, après anesthésie par le chloral. Elle nous semble, en effet, capable d'encourager nos con-

frères à généraliser l'usage de cette méthode qui parait appelée à rendre de grands services dans la chirurgie infantile.

Nous avons d'autant plus de plaisir à insérer cette observation qu'elle est due à *un membre du Concours médical*, M. le Dr Le Menant des Chesnais.

Le jeune X..., garçon de six ans, bien développé et fort pour son âge, est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral du côté droit.

La solution de continuité et la communication entre la bouche et la narine droite existent non-seulement au niveau de la lèvre, mais le maxillaire, la voûte palatine, le voile du palais sont complètement divisés d'avant en arrière, laissant un écartement de six millimètres environ; la luette est bifide. Le maxillaire du côté droit est moins développé que son correspondant, et situé sur un plan postérieur: par suite, la narine est déformée, lésée de ce côté; le lambeau de lèvre correspondant est, comme les autres parties de cette région, moins développé que celui du côté gauche. Dans ces conditions, nous ne pouvons tenter aucune opération du côté de la voûte palatine, l'écartement étant trop grand, et l'enfant trop âgé; restait l'opération d'un bec-de-lièvre simple unilatéral.

Sur le conseil de notre maître, le docteur Bouchut, nous avons employé, pour cette opération, la méthode anesthésique par le chloral.

Le 25 mars dernier, à sept heures du matin. nous avons fait prendre à l'enfant à jeun, 2 gr. 50 de chloral dans 100 grammes de julep gommeux.

L'enfant a pris sa potion sans répugnance et en une seule fois. Vingt minutes après, il commença à dormir. Son pouls était calme et son sommeil très-naturel.

Une heure plus tard, nous le fîmes transporter sur la table où nous devions l'opérer. L'enfant, en y arrivant, ouvrit les yeux comme éveillé en sursaut et nous regarda d'un air étonné.

C'était la première fois que j'employais ce mode d'anesthésie, et je dus cacher aux assistants l'ennui que j'éprouvai à la vue de ce premier résultat. Devais-je administrer le chloroforme pour ramener le sommeil? On sait que, dans l'organisme, le chloral se dédouble en chloroforme et en formiate alcalin. Pourquoi l'enfant ne dormait-il pas? C'est que la quantité de chloroforme produite par le dédoublement du chloral était insuffisante. Je pouvais donc directement ajouter une nouvelle dose de chloroforme pour obtenir tout l'effet désiré.

Je n'eus pas besoin cependant de recourir à ce dernier moyen. L'enfant referma presque aussitôt les yeux en gémissant. Je lui pinçai les joues; il fit quelques petites grimaces toujours en gémissant, mais ne se réveilla pas.

J'avais trois aides, tous étrangers à la médecine, mais je pouvais compter sur leur intelligence et leur sang-froid. Je recommandai à deux de bien tenir l'enfant, tandis que l'autre épongerait le sang, et je commençai l'avivement des bords de la lèvre en me servant du bistouri et des ciseaux.

Dès les premiers coups de bistouri, l'enfant se remit à se plaindre, même à crier, et à faire quelques mouvements des membres et de la tête. Un de mes aides tenait les bras, un autre fixa la tête entre ses mains. L'opération dura environ une demi-heure. A aucun moment, l'enfant ne se réveilla, bien qu'une fois il ouvrit de nouveau les yeux et me regardât d'un air indifférent, puis il les referma, sans paraitre m'avoir remarqué. Il était évidemment dans un sommeil profond, mais il sentait qu'on le tracassait, et il souffrait. Ses cris semblaient être autant l'effet du trouble que nous causions à son sommeil que de la douleur qu'il pouvait éprouver. Si je lui dérangeais la tête de place, si je lui touchais la joue ou si je l'opérais, la sensation était peu modifiée pour lui, et il répondait par des gémissements.

Vu la disposition de son bec-de-lièvre, je préférai la suture entrecoupée avec des fils d'argent séparés à l'entortillée plus classique. Or, à chaque piqûre de l'aiguille, ses lamentations exprimaient une sensibilité plus grande qu'à tout autre moment de l'opération.

Une fois tout fini, l'enfant gémit encore pendant dix minutes, mais sans se réveiller, puis redevint tout à fait calme. Je restai pres de lui une demi-heure. Pendant l'opération et peut-être aussi après, du sang avait coulé jusque dans l'estomac. Deux fois l'enfant s'assit tout seul sur son lit et vomit ce sang, sans ouvrir les yeux, sans se réveiller; mais, chose intéressante, il vomit avec la même facilité que s'il n'eût pas été endormi.

A midi et quelques minutes, c'est-à-dire quatre heures et demie après avoir pris sa potion, l'enfant se réveilla. Sa mère lui donna un peu de café, il était calme. Deux fois dans l'après-midi il vomit des matières glaireuses et une fois bilieuses. Le chloral avait donc produit un peu d'irritation de l'estomac; ce fut tout.

Depuis, l'enfant s'est parfaitement porté. Dès le lendemain, très bon appétit, digestions excellentes. Pas un mouvement de fièvre.

Il ne se souvient absolument de rien, ni de son opération, ni de ceux qui étaient présents, quelles que soient les questions que sa mère ou d'autres lui aient faites.

Une réflexion pour finir. Je crois que si j'avais purgé l'enfant la veille de l'opération: 1° le chloral eût été absorbé plus promptement et n'aurait pas causé cette irritation légère de l'estomac; 2° l'absorption ayant été plus rapide, le dédoublement du chloral eût été plus prompt et l'anesthésie plus profonde.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

PRIX DES MEMBRES DU « CONCOURS MÉDICAL. »

Un prix, de la valeur de *cinq cents francs* sera délivré en décembre, au meilleur travail inséré en 1881, dans les colonnes du journal.

Le prix ne pourra être attribué qu'à un travail signé du nom de son auteur.

Les juges des prix sont les adhérents qui nous

ont fait parvenir jusqu'à ce jour les sommes énoncées ci-dessous, en vue de cette destination spéciale :

— MM. les docteurs B., à S. (Côte-d'Or). — St-L., à A., E.-M. (Oise). — D. à L. (Côtes-du-Nord). — R., à T. (Haute-Garonne). — P., à P. L.-M. (Haute-Saône). — C., à T. T.-M. (Oise). — C. D. B., à V. L.-A. (Gard). 129 fr.

— M. le Dr H., Paris.............. 200

— Le Directeur.................... 100

429 fr.

Si des omissions s'étaient produites dans cette énonciation des donateurs, nous serions heureux des rectifications qu'on nous indiquerait.

I

LES MÉDECINS PAYÉS PAR L'ÉTAT

Saint-Michel, Loire-Inférieure.

Monsieur le Directeur,

A la lettre de l'honorable confrère qui, dans le Concours, propose la rétribution d'un certain nombre de médecins par l'Etat vous répondez :

« Notre confrère peut-être assuré que le gouvernement ne le prendra pas au mot. »

Vous n'avez malheureusement que trop raison ; la circulaire du ministre ne prouve que trop l'indifférence complète du gouvernement à notre égard, mais je crois que le Dr C. n'en propose pas moins un excellent système. Je crois que l'établissement d'une médecine dite de l'Etat est capable de provoquer une approbation pleine et entière, non-seulement de la part des trop nombreux confrères, hélas! qui sont dans une situation analogue à celle du Dr C., mais encore de la part des très-nombreux maires qui réclament, à si grands cris, des médecins pour leurs communes.

Je connais personnellement, pour ma part, plusieurs confrères qui sont, et seront très-probablement toute leur vie, du même sentiment que le Dr C. ; qui comme lui, se sont trouvés dans des situations tellement précaires que le seul remède qu'ils trouvaient à leurs maux, était *précisément* et de *tous points* cette combinaison des médecins de l'Etat.

Non, cette situation n'a rien d'effrayant, tant s'en faut. Et pourquoi nous plaindrions-nous plus que nombre de fonctionnaires contents de leur sort, lorsque, comme ces derniers, nous serions libres, après tout, ou d'entrer dans cette administration, ou de donner notre démission, si nous trouvions mieux. Vive donc le projet du Dr C., et que ne suis-je ministre, pour le déposer et le soutenir !

Je crois qu'il n'y a que les médecins riches et n'ayant jamais exercé à la campagne, ou ceux que préoccupent d'autres intérêts, qui puissent penser différemment.

Tous ceux au contraire, qui comme le Dr C., perdent la moitié de leurs honoraires, qui peuvent à peine, à la fin de chaque année, joindre les deux bouts et qui n'entrevoient, en aucune façon, la possibilité de s'assurer, même la New-York aidant, une retraite honorable pour leurs vieux jours ; tous ceux qui, sans rentes acquises, exercent à la campagne, tous ceux-là, dis-je, seront certainement de l'avis du Dr C. Au besoin, faites un appel dans ce sens, et vous verrez la légion qui s'élèvera pour dire comme nous.

Le système du Dr C., n'aurait-il pour effet que d'assurer aux campagnes une meilleure répartition des médecins, qu'il serait encore d'une utilité incontestable.

Que si l'on craignait l'abus, c'est-à-dire, si l'on redoutait de voir trop de docteurs solliciter le titre de médecins de l'Etat, (crainte possible, semble-t-il, à votre avis), qu'est-ce qui empêcheraient donc l'Etat de n'instituer *son* service médical que pour les campagnes ? Il est certain qu'alors les places ne seraient convoitées que dans une juste proportion, car elle n'est pas agréable, tant s'en faut, la pratique médicale à la campagne ; j'en sais quelque chose, Grand Dieu !

Mais si peu agréable qu'elle soit, du moment où le médecin serait assuré de pouvoir vivre dans un chef-lieu de canton, ou dans une commune quelconque, il consentirait, (je m'en porte garant, pour moi, comme pour d'autres que je connais) à s'y enterrer, littéralement parlant, chose dont on peut voir qu'en l'état actuel les médecins ont de moins en moins envie, à en juger par le nombre des communes qui réclament des médecins.

Et vous n'y perdriez pas, chère Société de la New-York, car nous pourrions plus facilement vous verser ces annuités que nous ne pouvons guère retrancher de notre pauvre budget de médecins libres et indépendants.

Je répète donc : Vive le projet du Dr C !

Veuillez, Monsieur le Directeur insérer cette lettre dans le prochain No du *Concours* et croire aux meilleurs sentiments de votre confrère :

Dr BOUCHEROT.

II

RECOUVREMENT DES HONORAIRES

Monsieur le rédacteur en chef du *Concours Médical*.

Notre journal à ce moment de l'année, parle longuement et souvent du recouvrement des honoraires. La question a été envisagée de différentes manières et sous toutes ses faces.

En principe, on peut dire que l'honorabilité du médecin n'a rien à gagner à l'emploi des moyens de force, pour se faire payer ses honoraires. Ce qu'il gagne en argent par cette voie, il le perd largement en considération. Ce moyen ne peut donc être qu'exceptionnel.

Quant au principe des traites, il ne peut être appliqué qu'envers des gens solvables ; or notre clientèle, dans les villes et les campagnes, compte en majeure partie, des gens qui doivent mettre sou par sou, en réserve l'argent destiné à payer le médecin. Nous devons savoir attendre, nous contenter d'acomptes et quelquefois laisser au client, quand il se conduit honnêtement à notre égard, un laps de temps de plusieurs années. En principe je ne fais aucune visite gratuite, et il m'arrive tous les ans de recevoir des notes arriérées de cinq ou six ans, et même de dix ans.

Mais s'il est des gens qui se souviennent, la plupart oublient ; et un grand nombre sont tout heureux d'échapper au paiement, en allant chercher un collègue, qui s'empresse d'aller voir ce nouveau client. Je connais des familles de dix enfants qui n'ont jamais payé un centime aux médecins et sages-femmes pour les accouchements et les soins médicaux.

Cela devient un vrai scandale et comme l'exemple est contagieux je vois le nombre des mauvais payeurs augmenter tous les jours.

J'habite une grande ville ; nous sommes douze médecins et j'évalue à 150 le nombre des clients, qui annuellement ne me paient pas la note de leurs hono-

raires. Dans ce nombre, il y a certainement des gens dignes d'intérêt qui ne pourraient payer; mais la plus grande partie sont indignes de toute considération. La plupart de ceux qui ne paient pas le médecin sont des buveurs, qui dépensent chaque mois et même chaque semaine au cabaret, bien plus d'argent qu'il n'en faudrait pour payer les soins médicaux de toute une année. S'il me fallait poursuivre ces gens devant le juge de paix, je devrais avoir un huissier par abonnement, je serais obligé de faire les avances des frais, quitte à les recouvrer avec le principal par une saisie sur le salaire : ce serait exposer beaucoup d'argent sans savoir comment je le ferais rentrer.

Sauf pour des sommes d'une certaine importance, le médecin se trouve donc désarmé. Mais il est un moyen d'arriver à se faire payer, sans dépense, sans huissier et sans procédure. Formons, dans chaque ville, une société de médecins, ayant pour but la sauvegarde de nos intérêts matériels. Réunissons-nous périodiquement tous les mois, tous les deux mois, tous les trimestres. Communiquons-nous, dans ces réunions, la liste des débiteurs dont la mauvaise volonté est notoire. Choisissons parmi ces débiteurs ceux qui doivent à plusieurs médecins et prévenons les, par lettre individuelle, que la société des médecins ayant examiné leur cas, leur donne tel laps de temps (un mois ou deux), pour payer leurs notes arriérées; faute de déférer à cette invitation, les médecins se trouveront déliés vis-à-vis d'eux de l'obligation morale de leur donner des soins. Que tous les médecins s'engagent à refuser à ces gens-là leur secours, même contre paiement immédiat de la visite demandée, les plus récalcitrants seront forcés de venir à composition ; et quelques exemples de ce genre inspireront aux mauvais débiteurs une terreur salutaire. Que chaque médecin soit toujours muni de la liste, tenue à jour, des débiteurs signalés par ses collègues, et quand un des inscrits viendra réclamer ses soins, il pourra, sans avoir la crainte de froisser la juste suceptibilité d'un honnête homme, ou refuser ses services ou exiger le paiement préalable.

Que les médecins persistent seulement une année ou deux dans ces résolutions et ils verront les mauvaises créances rentrer et les exploiteurs disparaître.

Ces syndicats serviront encore à nous défendre contre les administrations des bureaux de bienfaisance, des hospices et des communes, qui exploitent les médecins, et leur imposent en faisant appel à leur générosité des services à titre gratuit ou presque gratuit.

Ces syndicats, en rapprochant nos collègues, et en amenant des échanges de vues, faciliteront l'adoption de tarifs uniformes et provoqueront ainsi le relèvement des honoraires.

On objectera, il est vrai, la division qui règne généralement entre les médecins, mais rien ne rapproche comme l'intérêt commun et, généralement, les préventions disparaissent aussitôt qu'on se connaît bien.

Quelle force aurait, dans la société, le corps médical, si tous ses membres marchaient toujours unis, toujours prêts à se soutenir et à se défendre.

Mais je m'arrête, monsieur le rédacteur, et je vous prie d'agréer, etc.

Dr D. à T. (Nord).

III

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous me permettre de vous donner mon opinion sur le malaise professionnel que vous cherchez à guérir?

Le médecin se laisse dire partout que sa carrière est noble entre toutes, qu'elle est un sacerdoce, etc. ; il se rengorge, se dévoue de plus belle et l'excellent public rit sous cape de ce brave homme qui s'éreinte jour et nuit, pendant trente ou quarante ans, pour laisser à ses enfants..... le droit de recommencer, s'il a pu les instruire et si ce sont des garçons ; — le droit de rester filles avec de maigres dots, si ce sont des filles, et si dot il y a.

« Cher docteur, soignez-le pour moins que cela, car il n'est pas riche! » — Entendu, fait-il.

« Comment docteur, mais vous me prenez plus cher qu'au voisin?» — Mais votre voisin est pauvre, hasarde-t-il timidement ; — et il se laisse rogner encore sa note d'honoraires.

Je ne crois pas aux panacées, et pourtant je vous soumets la mienne : . . . . —

..... *Toute visite payée séance tenante, sans exception.* De cette façon, pas de surprise désagréable pour le malade qui sait à quoi s'en tenir à chaque fois; pour le médecin point de déboire. — Si le médecin paraît trop cher, on s'adresse ailleurs ; si le malade est trop parcimonieux, le médecin saura s'il doit revenir.

Mais le sacerdoce! criera-t-on. — Pardon, je croyais que nous parlions sérieusement.

On ne manquera pas d'autres objections : Le médecin ne rougira-t-il pas de... Passons là-dessus, c'est du même sac.

Les familles vont crier à la brutalité. — Parbleu ! sans doute, si un seul médecin le fait dans une localité ; si tous le font, en déclarant tout simplement que *c'est désormais l'usage*, — alors, je vous le garantis, personne ne criera. — Le médecin saura, au bout de la journée de labeur, faire sa caisse, comme le boucher, le boulanger, le marchand de vin..... parfaitement, ne vous déplaise. Tel aussi l'avocat, tel le prêtre, quoi qu'on en pense.

Autre chose : Que partout on fasse un prix minimum de visite de nuit, comme à Paris.

Que ce prix s'élève avec la distance, avec la position de fortune apparente du client, quoi de plus juste ? Et la visite d'urgence ! La plaie du médecin traitant, qu'on dérange de sa tournée, qu'on prend sous sa porte, sans savoir si le cheval peut encore marcher ! Comment donc cette visite là ne se paierait-t-elle pas plus cher ? C'est pressé, très-pressé, tellement pressé, qu'à Paris on envoie chercher quatre médecins à la fois ; le premier arrivé est quelquefois payé..... un an après; quant aux trois autres, bonsoir, il est trop tard, c'est une attaque de nerfs.

Soyez sur que le bon public y mettra un peu plus de discrétion quand il saura que cette impatience, parfois légitime, souvent capricieuse, toujours impertinente, se paie un peu plus cher.

Conclusion : Honoraires assurés, plus de tenue de livres, plus d'hommes d'affaires, point de procès ; un peu moins de dédain aux lèvres de la foule pour son pauvre médecin!

Alors votre activité et votre science n'auront plus rien à envier aux fonctionnaires, et vous vous ferez une retraite vous-mêmes.

Qui attachera le grelot? Personne, si ce n'est tout le monde. On fait des congrès de toutes sortes ; provoquez un congrès médical, où cette question soit discutée, et vous aurez bien mérité de nos héritiers.

Votre bien cordial. Dr CHEVALIER E.

IV

UN VÉRITABLE SYNDICAT

Vrécourt (Vosges), 11 janvier 1881.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier de l'envoi du *Concours Médical*, et surtout du n^o du

25 décembre 1880, donnant le compte-rendu de la réunion des membres du Concours. La lecture seule de ce numéro doit suffire pour mettre un terme à toutes les hésitations, et pour justifier le mot d'un de vos collaborateurs : « Qui n'est pas avec nous, viendra bientôt avec nous. » En ce qui me concerne, je suis déterminé à faire tout ce qui dépendra de moi pour propager les idées émises par le *Concours*, et pour les faire connaître à ceux de mes amis qui pourraient rester indécis.

Un avis du numéro du 8 janvier invite les adhérents du *Concours* à envoyer les rapports *des statuts des sociétés locales*, de nature à éclairer des confrères. Etant membre de la Société médicale de l'arrondissement de Neufchâteau (Vosges), je vous adresse les statuts de cette Société, avec le tarif d'honoraires, auquel nous avons tous adhéré dans l'arrondissement. Je dois vous dire, à ce sujet, que l'entente la plus cordiale règne entre tous les membres de notre Société, que les statuts sont parfaitement observés par tous, et que depuis que j'ai l'honneur d'exercer la médecine, je n'ai jamais eu qu'à me louer de mes rapports avec tous mes confrères, à tous les points de vue. Dans notre petit coin des Vosges (bon pays d'ailleurs), la confraternité médicale est bien entendue et loyalement pratiquée. Puisse-t-il en être partout ainsi, et cela deviendra certainement plus fréquent, grâce à votre excellente initiative, à vos efforts, et à l'influence bienfaisante du *Concours Médical*.

Je lis, dans le *Concours*, les justes réclamations des confrères de la Seine-Inférieure au sujet de leurs honoraires pour l'inspection des enfants du premier âge. Comme eux, je trouve que la somme qui leur est allouée est dérisoire et qu'il est de leur dignité de réagir contre la situation qui leur est faite. Dans le département des Vosges, où ce service d'inspection est organisé, les médecins-inspecteurs sont mieux rétribués; et dans une prochaine lettre, je me propose de vous faire connaître dans quelles conditions et avec quels honoraires nous faisons ce service d'inspection : ces honoraires d'ailleurs sont établis par nous, sur les mêmes bases que ceux de la clientèle ordinaire, sont payés par visites et d'après les distances, ainsi que l'indiquent nos statuts et tarifs ci-joints.

Agréez, etc. D[r] Guedeney.

Nous recommandons cette communication à nos confrères : n'est-ce pas un véritable syndicat que cette association locale, qui, par exception, il est vrai, est arrivée à des résultats si importants? Que les intéressés se souviennent de cet exemple et en tirent profit.

V

UN EXEMPLE BON A SUIVRE

Nous avons remarqué dans le compte-rendu de la séance du 12 septembre 1880 de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, quelques particularités de rédaction.

1° La liste générale énonce, pour chaque membre, *l'âge*, la *date du diplôme* et la *faculté* dont il provient. Cette liste comprend 120 noms.

2° Vient ensuite la liste des médecins des deux départements qui ne font pas partie de l'Association. Elle mentionne les mêmes particularités d'âge et de diplôme.

3° Nous trouvons encore les noms de tous les sociétaires décédés depuis la fondation de l'Association ;

4° Et la liste des bienfaiteurs de la société.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur le mérite de ces renseignements divers. Toutes les sociétés locales, dont font partie des membres du *Concours Médical*, voudront suivre ce bon exemple. Nous engageons nos confrères à présenter cette motion à la première occasion.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Perforation du crâne

Un jeune homme entre à l'hôpital Rothschild, où il meurt avec tous les symptômes d'une encéphalite, suite de coups reçus dans une rixe. A l'autopsie, M. le D[r] M. Laugier constate que le cuir chevelu, au niveau de la partie moyenne de la région pariétale gauche, présentait une plaie linéaire de trois centimètres de longueur : à la partie médiane de cette plaie, correspondait, sur la face externe du crâne, une petite fissure linéaire de cinq millimètres, comblée par une imperceptible saillie, d'aspect métallique. Le crâne étant scié circulairement, on constate avec surprise, à l'intérieur de la cavité, la présence d'une lame de canif, enfoncée de deux centimètres dans la substance cérébrale. — M. Laugier qui présentait cette pièce *à la société anatomique* a insisté: 1° sur ce fait rare d'une lame assez mince perforant de part en part le pariétal d'un adulte vigoureux ; — 2° sur la difficulté que présente le diagnostic des corps étrangers intra-crâniens.

* * *

Persistance du trou de Botal

Un malade meurt à l'hôpital, à la suite d'une opération d'épithélioma de la verge. — A l'autopsie, on trouve un cœur hypertrophié, mais dont les orifices ont une largeur normale. On constate la persistance du trou de Botal qui offre les dimensions de 15 mm. sur 14 mm., avec pourtour membraneux, dépourvu de fibres musculaires sur une largeur de 5 à 7 millimètres.

L'oreillette droite est très-dilatée, le canal artériel est oblitéré. Pendant la vie, le malade n'avait présenté de cyanose des extrémités à aucun moment; *il ne s'est jamais plaint d'essoufflement*, ni de dyspnée. A son entrée à l'hôpital, on avait constaté un léger murmure, siégeant à la partie moyenne de la région cardiaque et correspondant au premir bruit.

(Société anatomique).

* * *

Compression ovarienne.

MM. Debove et Liouville, Bourneville et Regnard ont déjà rapporté plusieurs exemples de l'influence salutaire exercée sur la *contracture hystérique récente*, par la compression de l'ovaire. M. le D[r] Bourneville en cite un nouvel exemple dans le *Progrès médical*.

Appelé le 31 décembre auprès d'une hystérique présentant, depuis la veille, une contracture de la mâchoire, il pratiqua la compression ovarienne

pendant quelques minutes. La contracture cessa, pour reparaître, quand la compression fut suspendue; puis la compression fut reprise, jusqu'à ce que la fatigue de l'opérateur obligea de la suspendre : mais alors la contracture ne se reproduisit plus. Un nouvel essai de compression fit disparaître l'hémianesthésie et l'hémiplégie droites, qui existaient depuis quatre jours; et la malade, qui auparavant était paralysée, se leva et marcha au grand étonnement des assistants. — Il faut donc toujours recourir à co moyen, quand on se trouve dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, et surtout ne pas se décourager après une première tentative inutile.

***

Corps étrangers de l'utérus.

Le Praticien publie deux cas intéressants de corps étrangers dans l'utérus. Dans l'un, le médecin, en présence d'une hémorrhagie foudroyante, avait placé et abandonné dans l'utérus une éponge imbibée de vinaigre de toilette. Quand les accidents cessèrent, on n'osa retirer l'éponge : le col revint sur lui-même et n'admit bientôt plus que l'extrémité de l'index. Le lendemain on se préparait à dilater le col, quand on fut bien agréablement surpris de trouver l'éponge dans le vagin.

Dans le second cas, l'accoucheur avait dû introduire la main dans l'utérus, pour opérer le décollement du placenta, quand une contraction de l'organe vint serrer fortement cette main. La délivrance effectuée, l'opérateur s'aperçut, avec étonnement, qu'une bague un peu large, qu'il portait au doigt, avait disparu ; et ne la trouvant nulle part, il présuma qu'elle était restée dans l'utérus. On attendit jusqu'au surlendemain : une petite hémorrhagie s'étant alors déclarée, le médecin introduisit le doigt dans le vagin, trouva le col entr'ouvert et sentit la bague derrière l'orifice. Poussant donc plus profondément le doigt et le ramenant en crochet, il put extraire le corps du délit.

M. le Dr Hugues tire des deux faits qu'il rapporte les conclusions suivantes: 1° les corps étrangers introduits dans l'utérus *post partum* ne sont la source d'aucun accident sérieux; 2° toutes les fois qu'on peut les extraire immédiatement, il ne faut pas hésiter à le faire ; sinon, il faut se rappeler que l'utérus en opère le plus souvent l'expulsion par ses seuls efforts ; 3° si l'on est obligé d'intervenir, on dilatera l'orifice du col pour faire l'extraction.

***

Diarrhée infantile cholériforme.

Que de remèdes n'a-t-on pas inventés contre ce terrible fléau, dont la rapidité défie si souvent nos attaques les mieux combinées! M. le Dr Luton, renonçant aux armes ordinaires que fournit le vieil arsenal de la thérapeutique, laisse de côté lavements d'amidon et d'eau de riz, sous-nitrate de bismuth et laudanum. Il emploie, depuis plusieurs années, avec succès, une méthode bien simple et qui ne demande aucune préparation; la voici, telle qu'elle est publiée dans l'*Union médicale du Nord-Est*.

L'enfant est d'abord soumis à une *diète absolue*. On supprime rigoureusement ce qui a pu, à titre de mauvais régime, provoquer l'explosion des accidents. Dans ces circonstances, tout est nuisible et se retourne contre l'intéressé : *lait de médiocre qualité, bouillies de farine ou de fécule* plus ou moins *sucrées, aliments de facile acescence* susceptibles de transformations en substances âcres et irritantes, et pris à l'aide de *biberons compliqués*, réceptacles de *ferments* tout prêts à agir.

On donne alors pour *unique boisson* ou *aliment* de l'*eau pure* et *froide*, et cela à *discrétion*, avec un *biberon parfaitement nettoyé*, ou avec un simple *verre à boire*. Or, il n'est pas d'enfant, si jeune qu'on le suppose, qui ne se jette avec avidité sur ce liquide, que son instinct lui révèle comme une chance de salut : il boit, il boit, sans pouvoir se désaltérer en quelque sorte, et jusqu'à indigestion. Cependant les vomissements s'arrêtent dès le premier abord, et bientôt après la diarrhée elle-même, à partir du moment précis où les matières peccantes ont été évacuées. L'enfant ne se lasse pas de sa boisson, qui le calme et le rafraîchit, sans ajouter de nouveaux éléments d'irritation et de combustion intime.

On peut, à dater de cet instant, considérer le résultat comme acquis, dût-on passer encore par quelques révoltes tardives de l'estomac et des intestins. Il faut environ vingt-quatre heures de ce traitement pour que tout danger soit écarté.

Le point délicat, dans les circonstances présentes, c'est le *retour à l'alimentation normale*. Sans sortir de la voie où l'on est engagé, on se contente d'abord de blanchir, par *quelques gouttes de lait non bouilli*, l'eau froide que l'on continue à présenter à l'enfant; puis on augmente peu à peu la proportion du lait jusqu'à le donner presque pur. Mais, pendant quelques jours encore, on ne permet que le *lait froid* et *non sucré*, jusqu'à ce qu'on soit entièrement rassuré sur le compte de l'enfant, et l'on doit s'entourer des mêmes précautions, et même revenir au régime primitif (*diète hydriqne)* tant que, par l'éloignement des causes primitives du mal, on n'est pas garanti contre le retour des mêmes désordres.

***

Moyen d'arrêter les quintes de toux chez les phthisiques.

Lorsque les moyens habituels ont échoué, M. Landouzy propose, dans le *Progrès médical*, d'avoir recours à une injection hypodermique d'eau distillée, que l'on pratique dans les régions sous-claviculaire ou cervicale, en tout cas, le plus près possible des points où le malade accuse une sensation de déchirement, de cuisson ou de picotement.

M. Landouzy déclare que, par ce moyen, il arrête la toux à son gré et au moment voulu ; et que le calme, ainsi apporté, dure parfois assez longtemps. Pour cacher au malade (chose importante!) la nature trop simple de la médication, ajouter à l'eau distillée quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise, et décorer l'eau distillée du beau

nom scientifique de protoxyde d'hydrogène, comme ne manquait jamais de le faire notre regretté maître Gubler, quand il ordonnait, à l'hôpital, une compresse d'eau froide. M. Landouzy pense que la petite douleur produite par l'injection, dérive, à son profit, « l'état potentiel du centre nerveux et l'occupe, pour ainsi dire, pour son propre compte. » — Il est certain que l'imagination doit jouer un grand rôle dans cette circonstance et que le moyen doit surtout réussir aux malades *impressionnables*. Aussi M. Landouzy a-t-il bien raison de redouter l'accoutumance.

***

Préparations ferrugineuses

M. le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, a publié, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, une série de formules de pilules ferrugineuses qui contiennent toutes un élément commun : *Tartrate ferrico-potassique* (10 grammes pour 100 pilules); mais dont les autres éléments, habilement combinés, varient suivant les indications.

Voici d'ailleurs les formules que nos confrères nous sauront gré de leur faire connaître :

1o *Tartrate ferrico-potassique*.... }
Extrait de quinquina............ } ââ 10 grammes.
Glycérine........................ }
Huile essentielle d'anis........ } ââ Q. S.

Pour 100 pilules : deux à chaque repas, dans l'*anémie simple sans constipation*.

2o *Tartrate ferrico-potassique*.... 10 grammes.
Extrait de quinquina............ }
Extrait de rhubarbe............. } ââ 5 grammes.
Extrait de noix vomique........ 25 à 50 centigr.
Glycérine........................ }
Huile essentielle d'anis........ } ââ Q. S.

Pour 100 pilules : deux à chaque repas, dans la *chloro-anémie avec anorexie et tendance à la constipation*.

Lorsqu'il y a tendance à *la gastralgie*, ce qui est très-fréquent chez les chloro-anémiques, on peut modifier cette formule ainsi qu'il suit :

Tartrate ferrico-potassique........ 10 grammes.
Extrait de gentiane.................. 8 —
Extrait de noix vomique.............. }
Extrait thébaïque.................... } ââ 25 centig.

Pour 100 pilules : deux à chaque repas.

S'il y avait *constipation* en même temps, on pourrait remplacer l'extrait thébaïque par l'extrait de jusquiame.

3o *Tartrate ferrico-potassique*.... 10 grammes.
Extrait d'armoise............... }
Extrait d'absinthe.............. } ââ 4 grammes.
Poudre d'aloës socotrin......... 1 à 2 grammes
Huile essentielle d'anis........ Q. S

Pour 100 pilules : deux à chaque repas, dans la chloro-anémie avec aménorrhée.

4o *Tartrate ferrico-potassique*.. }
Ergotine......................... } ââ 10 grammes.
Huile essentielle d'anis........ Q. S.

Pour 100 pilules : deux à chaque repas dans le *chlorose ménorrhagique*.

5o *Tartrate ferrico-potassique*.. 10 grammes.
Extrait de valériane............ 8 grammes.
Poudre de castoreum............. 2 grammes.
Essence de menthe............... }
Essence d'anis.................. } ââ Q. S.

Pour 100 pilules : deux à chaque repas, dans la *chlorose avec accidents de nervosisme*.

On voit que toutes les nuances de l'anémie sont prévues et qu'il est facile au médecin de varier les formules suivant le besoin.

***

Terminons cette revue par un sujet moins élevé mais, facile à *mettre en lumière*. On peut l'intituler :

Une révolution dans l'éclairage domestique.

Un Hongrois, M. Kordig, a fait, cette semaine, à la *Société d'encouragement*, et dans une soirée donnée au Conservatoire des Arts-et-Métiers, de très curieuses expériences au moyen d'une essence combustible volatile, destinée à servir à l'éclairage. M. Kordig, après avoir disposé sur une table plusieurs lampes où brûle l'essence qui donne une magnifique flamme éclairante, annonce que le nouveau liquide combustible n'offre aucun danger d'incendie ou d'explosion, et il le prouve de la manière suivante : il verse abondamment le liquide sur son chapeau, et il le fait brûler ; une grande flamme s'élève jusqu'au plafond; M. Kordig, au grand étonnement des spectateurs, place son chapeau sur sa tête et attend que la flamme se soit éteinte : le chapeau est intact. L'opérateur répand du liquide sur le parquet, ou il le fait brûler sur un mouchoir qu'il allume; le parquet et le mouchoir ne sont nullement endommagés. On peut verser quelques gouttes du liquide dans le creux de la main et l'y faire brûler sans éprouver une sensation de chaleur appréciable. L'essence est enflammée dans un bidon, sans faire explosion. Ces faits, si extraordinaires qu'ils puissent paraître au premier abord, s'expliquent très facilement. L'essence minérale de M. Kordig bout environ à 35o centésimaux ; la tension de sa vapeur est considérable, de telle sorte que ce n'est pas le liquide qui brûle, mais bien sa vapeur. C'est ainsi que le liquide, bouillant à une température très peu élevée, ne produira pas de sensation de chaleur sur la main, malgré la flamme qui se produit au-dessus.

M. Kordig dit que c'est une essence de naphte très-volatile, additionnée d'un certain mélange d'éthers de sa composition. On nous a affirmé, d'autre part, que la nouvelle essence minérale provient tout simplement de gisements d'huiles naturelles, récemment découverts en Hongrie, et donnant, par la distillation, une essence particulière, très-volatile, dont le prix de revient ne serait pas très-élevé (1 fr. 60 le kilogramme). Ce liquide à une faible odeur de pétrole; il produit sur la main la sensation du froid, à la façon de l'éther ; il nous a paru légèrement parfumé par l'addition d'une essence aromatique. (*La Nature*).

Le pétrole n'a qu'à bien se tenir !

Dr J. G.

REVUE ÉTRANGÈRE

Traitement chirurgical du cancer du rectum. Nous avons reçu du Dr Charles Kelsey, de New-York, une brochure portant ce titre. Ce travail a paru dans l'*American Journal* en octobre 1880, et nous ne l'avions pas analysé, parce que le sujet ne nous paraissait pas appartenir à la pratique courante. L'extirpation du cancer du rectum est une opération difficile, laborieuse, quel que soit le procédé employé, et ne donnant, en résumé, que de tristes résultats. Aussi nous ne parlerons que du traitement palliatif, que l'auteur ramène à trois médications principales :

1o Soulager la douleur ;

2o Empêcher l'obstruction ;

3o Soins de propreté ;

1o La première médication peut être remplie par les moyens suivants : *a.* maintenir le libre passage des matières, régime, et décubitus dorsal. — *b.* Calmants par la bouche et en applications locales. — *c.* Destruction partielle de la tumeur par la curette, la cautérisation ou une extirpation partielle. — *d.* Division du sphincter. — *e.* Colotomie lombaire.

De tous ces moyens, les plus simples ne sont pas les moins efficaces. Ce sont le séjour au lit, l'opium à l'intérieur et les lavements calmants. Quand ils sont insuffisants, on peut recourir à la division du sphincter, mais dans le cas seulement où on le trouve ferme, irritable, contracté. S'il est flasque, relâché, l'opération ne sera d'aucune utilité.

Quant au grattage de la tumeur avec la curette, à l'application des caustiques, ce sont là des demi-mesures qui ont tous les inconvénients d'une opération méthodique, sans en avoir les avantages temporaires. Nous repoussons aussi la colotomie lombaire qui ne peut avoir d'autre résultat que d'aggraver la situation du malheureux cancéreux, ou de prolonger sa triste agonie.

2o Si les progrès de la tumeur oblitèrent le rectum et provoquent l'obstruction intestinale, l'auteur conseille d'avoir recours à la dilatation, à la division du sphincter, à la destruction de la tumeur, ou enfin à la colotomie. Pauvres moyens, qui ne méritent guère le nom de palliatifs !

3o Par les soins de propreté, il faut entendre les lotions désinfectantes ou astringentes, lorsque la tumeur est ulcérée ou qu'elle saigne. L'auteur recommande une solution faible de permanganate de potasse.

Somme toute, le Dr Kelsey n'apporte aucun perfectionnement nouveau au traitement du cancer du rectum qui reste, comme les autres affections cancéreuses, une maladie incurable.

Cure radicale de la hernie inguinale par un nouvel instrument. — En Angleterre on pratique fréquemment l'opération de la cure radicale, ou opération de Wood, qui consiste, en principe, à réunir les deux piliers du canal inguinal, ou tout au moins les rapprocher, en comblant l'espace vide avec le sac et ses enveloppes. Différents procédés ont été imaginés pour atteindre ce résultat et nous devons signaler particulièrement celui décrit dans le *British med. Journal* par le Dr Dunnett Spanton. Il consiste à embrocher les deux piliers de l'anneau inguinal et le sac, au moyen d'un instrument spécial qui a la forme d'un tire-bouchon. L'instrument est laissé en place une semaine environ, temps suffisant pour déterminer une inflammation adhésive, puis enlevé. L'auteur appuie son mémoire de plusieurs observations démontrant l'innocuité et l'efficacité de l'opération. L'instrument a été fabriqué par Evans and Wormull, de Londres. Le manuel opératoire est décrit dans le *British med. Journ.* du 11 décembre 1880, avec figures explicatives.

Nous n'avons pas souvent l'occasion de pratiquer de semblables opérations. Dans les campagnes, les hernieux ne sont pas rares, mais ils ne s'adressent à nous que lorsque leur hernie est bien et dûment étranglée. Jusqu'alors la « blesse » est de la compétence des empiriques, ou des bandagistes qui courent les marchés. En opérant, on peut comme le conseillent les auteurs, laisser quelquefois un bouchon épiploïque, destiné, en oblitérant le canal, à prévenir une récidive. Je dois dire que j'ai suivi ce précepte sans aucun succès, une fois chez un tonnelier d'une trentaine d'années, une autre chez une vieille femme de quatre-vingts ans passés. Tous deux vivent encore, mais avec une récidive complète, et je ne crois plus au bouchon épiploïque. Dans ces deux cas, l'épiploon n'avait pas été lié et s'était éliminé spontanément.

Élongation des nerfs comme traitement des névralgies rebelles. — Le *Concours médical* a rendu compte dernièrement (no du 8 janvier dernier) des merveilleux résultats obtenus dans le service de M. Debove à Bicêtre, sur de malheureux ataxiques auxquels on avait pratiqué l'élongation des nerfs. Cette opération qui paraît absolument inoffensive, est presque toujours efficace et mérite d'être vulgarisée. Les médecins anglais et américains l'emploient depuis plusieurs années dans les névralgies rebelles, particulièrement dans la sciatique. Dernièrement un chirurgien anglais, M. J. Walsham, a pratiqué, avec un succès complet, l'élongation du nerf sous-orbitaire pour une névralgie épileptiforme durant depuis dix ans. Tout l'arsenal thérapeutique avait échoué, jusques et y compris l'aconitine, qui réussissait toujours entre les mains de Gubler. Remarquons à propos de l'aconitine, que les médecins anglais reconnaissent comme nous la nécessité d'adopter une marque spéciale pour les alcaloïdes, et l'auteur de l'observation a soin de noter qu'il a employé l'aconitine Hopkins et Williams.

(British M. Journ., 25 décembre 1880).

Opération de l'ongle incarné. — Sans douleur, dit le Dr J. Converse, dans l'*American journal* et voici comment : « Tasser un peu de coton sous le bord libre de l'ongle, placer au-dessus un morceau d'emplâtre adhésif percé d'un trou de la grandeur de la partie d'ongle à enlever. Mouiller la pointe d'un crayon de caustique lunaire et l'appliquer sur la partie à enlever. Le jour suivant l'ongle aura pris une teinte noire ou brune et en soulevant l'ongle on le trouvera séparé du tissu sous-jacent, et il n'y aura plus pour compléter la cure, qu'à couper la portion mortifiée. »

Je n'ai pas eu l'occasion d'essayer ce procédé, ayant adopté un mode de pansement qui m'a toujours réussi, et n'ayant, par conséquent, aucune raison de changer. Il consiste à introduire, d'abord entre l'ongle et la partie végétante, une fine mèche de charpie ou une lanière d'amadou trempée dans du perchlorure de fer, et à maintenir le tout avec une petite bande de baudruche ou d'un adhésif quelconque (collodion, etc.). Au bout de quelques jours ce pansement se détache spontanément; on arrive alors facilement dans le fond du sillon onguéal et on répète la même opération, en soulevant l'ongle de façon à passer une partie de la petite lanière d'amadou sous le bord de

l'ongle. Quand ce petit pansement est bien réussi, les malades marchent sans aucune douleur : il suffit de leur recommander de ne jamais porter de chaussures ni même de chaussettes *trop courtes*, et de couper l'ongle carrément. Il ne faut pas que l'extrémité du gros orteil appuie contre le bout de la chaussure. Remarquons, en passant, que l'opinion de Gosselin, qui considère l'ongle incarné comme une affection spéciale à l'adolescence, est malheureusement inexacte. L'ongle incarné ne guérit pas spontanément avec l'âge, à moins qu'à son insu, le malade ne modifie avantageusement l'hygiène de sa chaussure(1). Il y a peu de temps, j'ai eu l'occasion de rencontrer une dame qui a subi plusieurs opérations variées (arrachement de l'ongle, excision, etc.), et qui a toujours des récidives. Ces jours-ci, je voyais à ma consultation une femme de trente-cinq ans qui a un ongle incarné depuis dix-huit mois. Comme je m'étonnais qu'elle eût pu marcher si longtemps avec une si douloureuse infirmité, elle me fit remarquer qu'elle avait contracté l'habitude de s'appuyer sur le bord externe du pied, qu'il s'y était développé un durillon, actuellement douloureux et que c'est pourquoi elle venait demander qu'on la guérît. Elle n'avait jamais eu d'ongle incarné pendant son jeune âge : depuis dix-huit mois elle pansait son ongle avec de l'alun calciné, d'après le conseil d'un pharmacien, et ne portait que des savates. Tous mes confrères ont dû observer des cas analogues. La vérité est qu'un pansement adroitement fait réussit aussi bien qu'une des innombrables opérations recommandées, dont aucune ne met absolument à l'abri d'une récidive. Dr Marsh.

A propos de la dernière *Revue étrangère*, nous recevons la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer, en remerciant le confrère qui nous l'a écrite.

Monsieur le directeur et cher confrère,

Dans un article sur *l'action des anesthésiques* publié par le *Concours médical* du 8 janvier dernier, le Dr Marsh dit que les médecins militaires pourraient fournir d'intéressants renseignements sur l'administration du chloroforme à l'Ecole de médecine de Strasbourg. Voulez-vous permettre à un ancien élève de cette Faculté de vous écrire deux mots à ce sujet, ne vous dissimulant pas qu'il serait bien plus à son aise si M. Marsh avait formulé une sorte de programme des renseignements à fournir !

Quoi qu'il en soit, à Strasbourg l'anesthésie était chose vraiment banale. Les malades traités dans les hôpitaux ou même en ville, étaient tellement faits à l'idée que l'anesthésie était inoffensive, qu'ils en demandaient d'eux-mêmes le bénéfice avec insistance souvent pour les opérations les plus simples et les plus courtes, comme l'ouverture d'un abcès n'exigeant qu'un seul coup de lancette ou de bistouri. M. Sédillot employait exclusivement le chloroforme, et il avait fait adopter ses préférences aussi bien que ses opinions sur l'anesthésie par à peu près tous les chirurgiens de la Faculté. Pour ce motif je n'ai jamais vu employer que le chloroforme, et je puis donner la certitude qu'aucun accident mortel résultant de son emploi ne s'est produit à Strasbourg de 1863 à 1870.

M. Sédillot, il est vrai, faisait toutes ses opérations avec l'aide de M. Elser, son fabricant d'instruments de chirurgie, qu'il avait dressé lui-même à l'administration du chloroforme. M. Elser était devenu d'une habileté remarquable, et l'anesthésie n'était pour lui qu'un jeu auquel il semblait même prêter fort peu d'attention. Mais M. Elser était l'homme, j'allais dire l'ombre de M. Sédillot, et si, parfois, il venait offrir son expérience aux autres chirurgiens, bien souvent aussi il ne le pouvait pas. En somme, les internes des divers services chirurgicaux de la ville étaient très-fréquemment chargés de la chloroformisation, et il n'y avait pas plus d'accidents d'un côté que de l'autre.

Passons à quelque point de pratique.

M. Sédillot posait en principe que «le chloroforme *pur* et *bien employé* ne tue jamais». En fait, le chloroforme dont on se servait à Strasbourg sortait du laboratoire du pharmacien en chef de l'hôpital civil, M. Hepp, chimiste habile qui ne livrait que des produits absolument purs. Malgré cette garantie d'origine, M. Elser, avant de se servir de l'agent anesthésique, en versait quelques gouttes dans le creux de sa main, et s'assurait vers la fin de l'évaporation, que le liquide ne dégageait pas quelque odeur étrangère au chloroforme.

Voilà pour la condition de pureté. Avant de passer au mode d'emploi, on me permettra de faire remarquer que les chirurgiens de Strasbourg, et surtout M. Sédillot, ne voyaient jamais de contre-indication absolue à l'emploi du chloroforme. Une débilité extrême, les affections cardiaques, pulmonaires ou vasculaires commandaient seulement un peu plus d'attention pendant l'anesthésie.

On niait, à Strasbourg, l'action toxique du chloroforme pur, aussi l'intégrité de la respiration était pendant l'administration de l'anesthésique, l'indication capitale à laquelle se rapportait à peu près uniquement le mode d'emploi.

Voici sur ce mode les préceptes spéciaux ayant cours à la faculté de Strasbourg et que l'on retrouvera plus ou moins dans le traité de médecine opératoire de Sédillot :

1° Le malade doit être à jeûn pour prévenir des vomissements qui pourraient compromettre la respiration.

2° Le patient doit être couché horizontalement, la tête légèrement soulevée, pour supprimer toute crainte de syncope.

3° Le chloroforme, reconnu pur, est versé par petites doses successives dans le fond d'une compresse ou d'un mouchoir préalablement roulé en forme de calotte assez grande pour embrasser aisément le nez et la bouche, sans trop intercepter le passage de l'air.

4° Commencer les inhalations en tenant la compresse à une petite distance de la figure du patient et ne la rapprocher que peu à peu pour ne pas provoquer de suffocation *par surprise*.

5° Pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution musculaire et maintenir cette dernière pendant toute la durée de l'opération en éloignant ou en rapprochant, suivant les besoins, la compresse imbibée de chloroforme. M. Elser touchait de temps en temps avec la pulpe de son doigt une des conjonctives du patient; l'absence ou la production de mouvements réflexes des paupières correspondantes lui indiquait si l'anesthésie était ou non suffisamment complète.

6° Surveiller attentivement la respiration et s'assurer que l'air pénètre bien dans les poumons. Si le malade *avale* sa langue, il suffit le plus souvent

(1) Si l'ongle incarné est *plus fréquent* pendant l'adolescence, ce qui est vrai, cela tient uniquement à ce que l'adolescence est une époque de croissance. L'adolescent a souvent des chaussures trop courtes, comme ses pantalons. Quand la croissance est terminée, le pied ne s'allonge plus et la maladie *peut* guérir. L'ongle incarné, de même que les durillons et les cors, est la conséquence d'une mauvaise hygiène de la chaussure. Il y a tant de gens qui ne veulent pas porter chaussure à leur pied !...

d'embrasser avec le pouce et l'index d'une main, sans la serrer, la partie supérieure du larynx et de soulever, avec les bords interne et externe des deux doigts, la base de la langue par une pression faite d'arrière en avant contre la partie inférieure du plancher buccal. Si par exception ce soulèvement de la base de la langue ne réussit pas, on doit employer le soufflet vigoureusement appliqué ou les autres moyens connus et indiqués dans l'artic'e sus-désigné du *Concours médical*.

Tels sont les quelques points de théorie et de pratique que j'ai cru devoir vous indiquer sur l'administration du chloroforme à Strasbourg, heureux si ces renseignements peuvent vous intéresser.

Veuillez recevoir, monsieur le Directeur et cher confrère, l'assurance de mon entier dévouement à votre œuvre, et celle de mes meilleurs sentiments à votre égard. Dr J. 531.

19 janvier 1880.

VARIÉTÉS

La Trichinose en Amérique.

Le rapport du comité sanitaire de Massachussetts contient la communication suivante de M. Billings, vétérinaire à Boston : «Sur 2,701 porcs examinés dans l'espace de cinq mois, 154 contenaient des trichines, soit 5,77 pour 100, ce qui constitue une proportion énorme. Ces animaux provenaient des régions les plus diverses; toutefois, la plupart étaient originaires des Etats de l'Ouest. Sur 89 langues de cochons fraîchement préparées, 3 contenaient des trichines. »

D'après le même rapport, les rats seraient atteints de trichinose dans une bien plus grande proportion qu'en Allemagne. Sur 51 rats pris dans l'abattoir de Boston, 39 étaient atteints de trichine; 28 cochons engraissés dans cet établissement furent trouvés sains. 40 rats pris dans une grande boucherie d'exportation de la même ville furent trouvés trichinés ; sur 60 pris dans diverses écuries ne contenant pas de porcs, 6 avaient la trichine.

Une épidémie de trichine s'est déclarée à Dingeslstad. On compte un grand nombre de personnes atteintes plus ou moins gravement. Déjà plusieurs personnes ont succombé.

La trichinose en France.

On sait que depuis quelques années les Etats-Unis expédient en France une grande quantité de viande de porc, soit sur pied soit fumée ou salée, et qui se vend à très-bas prix. Malheureusement, dans presque tous les pays en même temps, on a reconnu que cette viande contient très souvent des trichines, et plusieurs gouvernements, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, l'Autriche, et la Prusse, ont prohibé l'importation des viandes de porc venant d'Amérique. Il résulte de cette prohibition que ces viandes affluent en plus grande quantité dans notre pays, où elles trouvent un débouché facile.

Des renseignements particuliers nous apprennent que dans certaines villes de nos départements du Nord, on a constaté de la façon la plus certaine, la présence de trichines dans le lard vendu par les petits détaillants. Il paraîtrait que certains consommateurs, pour éviter la réduction trop complète de fragments de lard dans les ragoûts, ne le soumettent à la cuisson que pendant très peu de temps et au dernier moment. Le danger est donc assez réel, malgré notre coutume, en France, de cuire fortement les viandes de porc ; il importe en ce moment de ne pas se relâcher de cette bonne habitude et de surveiller les viandes de provenance étrangère. (*Revue d'hygiène*, 15 août 1880).

CHRONIQUE

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Aug. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses le dimanche 30 janvier 1881, à 9 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

PETITE CORRESPONDANCE

On nous demande : *Le médecin peut-il, oui ou non, refuser d'obéir à une réquisition d'un juge de paix, brigadier, maire, réclamant son intervention médicale?*

Non, à titre de médecin, dès l'instant que la réquisition est régulière. Mais le médecin qui refuse, n'est passible que d'une amende de 6 à 10 fr., car l'article 475, qui s'applique dans ce cas, est placé, dans la loi, au titre de *contraventions de police*.

En Belgique, un arrêt d'appel a même cassé un jugement de simple police qui appliquait au médecin cet article 475.

BRIAND et CHAUDÉ.

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° *Révision de la législation* : M. le Dr *Gassot*, à Chevilly, Loiret.

2° Règles de déontologie confraternelle : M. le Dr *Marais*, à Honfleur, Calvados.

3° Exercice illégal, charlatanisme : M. le Dr *Huette* fils, 6, rue du Loing, à Montargis, Loiret.

4° Médecine cantonnale, bureaux de bienfaisance, stations thermales, hôpitaux : M. le Dr *Mignen*, à Montaigu, Vendée.

5° Agenda-annuaire : M. le Dr Boëll, à Baugé. Maine-et-Loire.

D'autres commissions sont en voie d'organisation.

Les communications peuvent être adressées directement aux membres des commissions, ou, si on le préfère, au directeur qui les répartit. Nous prions, lorsqu'on touche à plusieurs questions, de vouloir bien s'astreindre à écrire sur feuillets séparés et, seulement au *recto*. Nous prions aussi nos confrères d'adopter, autant qu'il leur sera possible, la forme concise.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

5 Février 1881 3me Année. — No 6

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

A propos de la discussion, suscitée dans la précédente séance par les expériences de MM. Raynaud et Lannelongue, M. Bouley lit à l'Académie une note, dans laquelle *M. Galtier* rend compte de nouvelles expériences qu'il a faites depuis sa première communication à l'Académie des sciences. Voici les résultats auxquels est arrivé le savant professeur de Lyon :

1° Il n'a encore constaté l'existence du virus rabique, chez le chien enragé, que dans les glandes linguales et la muqueuse bucco-pharyngienne.

2° Le contage de la rage canine peut se conserver un certain temps sur le cadavre et dans le milieu ambiant. Il a obtenu un cas de rage chez le cochon d'Inde en lui inoculant de la bave recueillie depuis dix jours et conservée entre deux plaques de verre.

3° La bave de chien enragé, cultivée dans de la salive normale, a déterminé la production de bâtonnets et de spores isolées ou réunies en chapelets. Des cobayes, inoculés avec cette salive, sont morts en huit, douze et vingt-deux jours ; la salive de ces derniers, inoculée à d'autres cochons d'Inde, a déterminé la mort de ceux-ci en quatre, cinq et sept jours; mais elle n'a déterminé, chez de jeunes chiens, aucun symptôme de rage.

4° Les injections du virus rabique sous la peau, dans la plèvre ou dans le nerf sciatique, ont déterminé la rage ; maiu M. Galtier n'a pu encore l'obtenir en badigeonnant la conjonctive ou la *muqueuse vaginale*, ni en *faisant ingérer à* de lapins des quantités relativement considérables de matière virulente. Les moutons résistent également à une injection de salive rabique dans la jugulaire : chez un de ces derniers animaux, il semble même que cette opération ait produit l'immunité.

5° L'absorption paraît s'effectuer promptement après les inoculations et probablement aussi après les morsures.

6° La rage du chien est inoculable au lapin, au cochon d'Inde, au mouton, à la chèvre ; la rage du mouton s'inocule moins sûrement au lapin que celle du chien. Les poules contractent, très-difficilement la rage.

7° L'injection de 3 à 4 centimètres cubes de bave de chien enragé dans le tissu cellulaire sous-cutané du chien produit des accidents locaux très-marqués et les animaux meurent de septicémie en quatre, cinq ou huit jours.

8° Le suc, obtenu en exprimant la masse cérébrale de chiens ayant succombé à la rage, et injecté dans la cavité péritonéale, a causé, au bout d'un jour, la mort de deux moutons, dont la salive n'a pas transmis la rage au lapin.

9° Parmi les animaux que M. Galtier a mis en expérience, la rage s'est déclarée chez une chienne enfermée et isolée, après une période d'incubation d'un an et quelques jours.

M. Pasteur vient ensuite confirmer les faits qu'il a avancés dans la dernière séance. Non, les lapins de MM. Raynaud et Lannelongue, n'ont pas succombé à la septicémie, comme l'a avancé M. Colin ; et la preuve, c'est que la maladie viru-

lente, qui a tué les lapins, a épargné les cobayes, ces animaux qui prennent si facilement la septicémie qu'ils en constituent, pour ainsi dire, le réactif physiologique, et qui meurent de cette affection en vingt-quatre heures et même moins. M. Pasteur fait passer sous les yeux de ses collègues six cochons d'Inde qu'il a inoculés, deux le 11 janvier, un le 17, trois le 20 et qui se portent très-bien actuellement : un lapin inoculé avec ce même liquide est mort le lendemain de l'inoculation. Comme contre-épreuve, M. Pasteur a inoculé à deux cobayes des germes septiques conservés dans un tube depuis plus de deux ans ; ces animaux ont succombé, dès le lendemain, à une septicémie aiguë. M. Pasteur se croit donc en droit de conclure de ses expériences qu'il se trouve en présence d'une maladie virulente absolument nouvelle, caractérisée par un microbe spécial.

M. *Armaingaud* (de Bordeaux) communique un travail ayant pour titre : *Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds. (Action comparée de la pilocarpine et du jaborandi.)* Quoique l'auteur n'ait fait qu'un petit nombre d'expériences, il croit pouvoir tirer de son observation les conclusions suivantes :

1° Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds.

2° La suppression de la transpiration des pieds, obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne parait pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux.

3° La pilocarpine agit, dans ce cas, en produisant une hypersécrétion dérivative dans les glandes salivaires ; et l'action sudorifique, qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complétement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine, ne parait pas pouvoir être substituée avantageusement à cette action sialagogue de la pilocarpine.

Des observations plus nombreuses et plus prolongées permettront seules de savoir si les résultats de cette médication sont définitifs ou seulement temporaires ; l'épreuve n'est ni difficile à faire, ni dangereuse.

M. Kœberlé (de Strasbourg) lit un mémoire intitulé : *Résection de deux mètres d'intestin grêle, suivie de guérison.* — Voici les conclusions de ce curieux travail :

1° La résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable, de deux mètres et même au delà, sans troubler les fonctions digestives d'une manière appréciable.

2° Pratiquée dans des conditions convenables, a résection de l'intestin peut être considérée comme une opération parfaitement admissible.

3° La résection peut avoir lieu : 1° soit en opérant directement la suture des deux bouts de l'intestin, en faisant la réunion immédiate de la plaie abdominale ; 2° soit en établissant un anus contre nature avec entérotomie consécutive ; 3° soit en faisant une suture incomplète de l'intestin, combinée avec un anus artificiel. — Le 2e et le 3e procédé exposent à moins de dangers consécutifs.

4° La résection des rétrécissements fibreux, cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

Au contraire, les résections appliquées aux obstructions cancéreuses ne permettent d'obtenir qu'un amendement temporaire plus ou moins précaire de l'état des malades, par suite de la récidive de l'affection cancéreuse, de sa métastase et de la dégénérescence des glandes lymphatiques.

5° En maintenant l'intestin fermé après l'opération, ainsi que j'ai procédé, l'opéré peut être maintenu à l'abri de l'écoulement des matières intestinales pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les adhérences soient devenues suffisamment solides. D'autre part, le ventre ne se vide pas trop complétement après l'opération : cette circonstance préserve l'opéré d'accidents consécutifs, tels que l'introduction de l'air ou de liquides septiques dans la cavité péritonéale.

En nourrissant l'opéré avec des aliments aussi peu liquides que possible, l'écoulement des matières alimentaires par l'orifice de l'intestin est réduit à son minimum, et l'opéré s'affaiblit moins.

6° En introduisant le liquide directement par le gros intestin, en administrant la boisson par le rectum, l'eau est absorbée ainsi qu'à l'état normal et les opérés ne souffrent nullement de la soif, l'écoulement des liquides digestifs par l'intestin est moins considérable et donne moins d'ennui aux malades.

M. Colin (d'Alfort) lit un mémoire intitulé *Nouvelles expériences sur la culture des bactéridies charbonneuses dans le sol.* On va voir que les cinq séries d'expériences instituées par M. Colin ont produit, entre ses mains, des résultats qui sont la contre-partie absolue de ceux qu'avait obtenus M. Pasteur, il y a quelque temps.

1° 61 animaux ont mangé impunément à quatre reprises, pendant l'été et l'automne, la totalité de l'herbe qui avait poussé sur 60 cadavres charbonneux, enfouis successivement de la fin de mars

à la fin de juillet.

2° 11 animaux ont consommé non moins impunément l'avoine et le fourrage arrosés par les eaux de lavage (troubles et sédimenteuses) de terres prises et mêlées à une forte proportion de détritus de ces cadavres.

3° 7 animaux parqués pendant six, sept et quinze jours sur des cadavres charbonneux enfouis à une faible profondeur, ont pris leurs aliments sans cesse souillés par la poussière et la terre que l'on suppose chargées de matières virulentes. En outre, 4 autres animaux ont ingéré pendant trois semaines une sorte d'émulsion de terre, prise au-dessus de 21 cadavres enfouis de la fin de mars au commencement de juillet.

4° 10 animaux ont reçu sur des plaies récentes très-étendues, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, les eaux provenant du lavage des terres prises sur plusieurs cadavres et associées aux débris de ces mêmes cadavres.

5° Enfin, 10 animaux ont été soumis à des inoculations par les produits de la culture de germes hypothétiques du sol dans le sang, la sérosité et l'urine.

Aucun des 98 animaux employés à ces cinq séries d'expériences n'a contracté le charbon, même sous la forme locale de tumeur, d'œdème ou de pustule. Le seul, dans ce nombre, qui ait été malade et qui soit mort à la suite d'une injection sous-cutanée, n'a présenté aucun des symptômes, aucune des lésions du charbon: son sang était dépourvu de bactéridies et de propriétés virulentes.

* * *

Encore une bonne nouvelle à enregistrer pour terminer ce bulletin : dans la séance du 4 janvier dernier, le Conseil municipal de Paris a voté la création d'un service d'isolement, à l'hôpital des Enfants malades, pour le traitement des affections diphthéritiques. Le plan et le devis des nouvelles constructions sont déjà faits. Le pavillon d'isolement comprendra deux salles contenant chacune dix lits pour chaque sexe. Que de victimes ont succombé, avant que l'administration ait consenti à écouter les vœux si souvent répétés du corps médical! Espérons au moins que les entrepreneurs n'imiteront point, dans l'accomplissement de leur œuvre, la lenteur très peu sage que l'administration a mise à prendre une décision si urgente!

Dr J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du pansement des plaies.

Quand le chirurgien se trouve en présence d'une plaie grave, avec perte de substance plus ou moins considérable, il se propose d'obtenir, par le pansement, un double but : 1° éviter les complications; 2° hâter la cicatrisation. Il importe donc, pour bien remplir ces deux indications importantes, d'avoir toujours à son service une méthode générale de pansement aussi simple que possible, afin de pouvoir l'appliquer dans les circonstances les plus variées.

Telles sont les considérations qui nous ont amené à adopter, pour tous nos pansements, une conduite uniforme, une manière de faire très-simple que nous soumettons à l'appréciation de nos confrères. Sans doute, il nous manque l'épreuve et la sanction de l'hôpital, mais nous pouvons du moins affirmer que, dans notre clientèle privée, nous n'avons eu à enregistrer que des succès, depuis le jour où nous avons mis en pratique les règles que nous allons retracer ici.

Etant donnée une plaie avec arrachement, dont les lambeaux irréguliers ne peuvent être accolés et dont la réunion immédiate est impossible, nous la recouvrons, après en avoir fait la toilette, d'une couche de charpie imbibée d'eau phéniquée à 2,50 0/0, l'acide phénique n'ayant pas seulement le pouvoir de détruire les germes, quand il y en a, et de s'opposer à leur action, mais encore de diminuer l'inflammation et la douleur (1). C'est à ce dernier point de vue que nous l'employons, nous qui exerçons à la campagne; ce n'est pas crainte d'une complication redoutable comme l'infection purulente, complication qui a pour domaines les grands hôpitaux et les milieux encombrés ; c'est aussi parce que nous le préférons à l'alcool qui est trop irritant et trop douloureux et dont nous réservons l'emploi pour les pansements suivants. Quant à la charpie, elle a pour avantage d'établir une compression uniforme sur la partie qu'elle recouvre, et ainsi, de s'opposer au gonflement et à la douleur. Par dessus cette couche de charpie phéniquée, nous roulons des bandes d'ouate qui doivent remonter jusqu'à la racine du membre ou même plus haut. Il est bon de couvrir cette couche d'ouate d'un large morceau de taffetas ciré. Une bande de toile sert à comprimer tout le pansement (2).

Le pansement ainsi fait est donc occlusif, compressif et antiseptique : la plaie est à l'abri de l'air (3), des germes infectieux et du froid, elle

(1) En effet, quiconque a fait un pansement phéniqué a du remarquer que les mains restaient plus ou moins anesthésiées pendant quelques heures, à la suite du contact avec la solution d'acide phénique.

(2). Nous n'employons généralement pas plus de 250 gr. d'ouate et de 10 à 30 mètres de bande.

(3) « La pénétration de l'air est le seul obstacle à « la réunion et à la cicatrisation immédiate des tissus

sera préservée du gonflement et de la douleur; une température douce et égale sera entretenue autour d'elle; la fièvre, comme nous le ferons remarquer dans les observations suivantes, sera presque nulle.

Ce n'est pas seulement en cas de plaie à réunion fatalement secondaire que nous avons appliqué le pansement que nous venons de décrire; nous nous en sommes aussi très-bien trouvé dans deux cas d'amputation, où nous avons obtenu une réunion immédiate parfaite *(Obs. II et III)*.

Quand nous avons arrêté le sang, posé les ligatures et suturé les lèvres de la plaie, nous couvrons le moignon d'une couche assez épaisse de charpie phéniquée. Cette charpie enveloppe le moignon comme une calotte compressive qui, en faisant adhérer les lambeaux dans leur profondeur, rend inutiles les sutures profondes employées dans le pansement de Bordeaux.

Le paquet des fils à ligature, étant placé dans l'angle le plus déclive de la plaie, réalise le drainage préventif de la méthode d'Azam.

Le reste du pansement se fait, comme nous avons dit plus haut, avec une épaisse couche d'ouate, un large morceau de taffetas et une bande de toile.

Mais, le pansement fait, une question importante surgit : Quand faudra-t-il l'enlever? Faudra-t-il le laisser en place pendant vingt à vingt-cinq jours, comme A. Guérin, ou le renouveler tous les jours, comme Lister? C'est ici que le pansement doit devenir méthodique.

En effet, pour aider la guérison, le pansement doit répondre aux indications fournies par les diverses phases des plaies et par leur durée. Le tableau suivant, en rappelant ces périodes, nous dispensera d'un plus long développement :

I

Plaies à réunion immédiate — 2 périodes —	1re *période*, de réparation et de réunion immédiate ; durée : 1 à 2 jours.
	—
	2e *période*, de cicatrisation; durée : 7 à 8 jours.

II

Plaies à réunion secondaire — 3 périodes —	1re *période*, d'inflammation (1) et d'élimination ; durée une huitaine de jours, jusqu'à l'apparition des bourgeons charnus.
	2e *période*, de réparation et de suppuration ; durée indéterminée. L'élimination peut continuer pendant cette période.
	3e *période*, de cicatrisation; durée également indéterminée.

Aussi, en premier lieu, dans les plaies à réunion secondaire, plaies à 3 périodes, ferons-nous un pansement différent à chacune de ces périodes.

Après la première période, pendant laquelle l'inflammation s'éteint et l'élimination commence, au moment où se montrent les bourgeons charnus, c'est-à-dire après 8 ou 15 jours, nous enlevons le pansement, afin de pouvoir rafraîchir la plaie, la nettoyer et enlever les tissus morts. Il serait inutile, en effet, de lever ce pansement plus tard et d'attendre, pour cela, jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour : au bout de 8 à 10 jours le danger n'est pas plus grand et, d'un autre côté, la plaie a besoin d'être rafraîchie, et le travail de réparation d'être activé.

Mais pourquoi ne pas faire le pansement tous les jours ?

Parce que nous voulons éviter le contact de l'air trop souvent répété, les inflammations secondaires suivies de décollements, de fusées purulentes, accidents qui peuvent survenir avec un pansement quotidien. Nous en avons observé un exemple dans un cas de plaie transversale et profonde, mais non pénétrante, de la région antérieure du genou, au dessous de la rotule. Malgré les sutures et le pansement phéniqué, les lèvres de la plaie s'écartèrent au bout de 4 jours; il y eut suppuration et décollement de la peau voisine, avec arthrite légère.

Si nous avions employé notre système de pansement, nous n'aurions sans doute pas observé ces accidents. Nous ajouterons même qu'en pareil cas, au lieu de laisser le pansement en place pendant 8 ou 12 jours, nous aurions pu le laisser plus longtemps. Car, dans les cas de plaie articulaire, pénétrante ou non, de plaie communiquant avec une fracture, il y a plutôt avantage à attendre que la réparation soit très-avancée, pour ne pas exposer le foyer au contact de l'air.

Au bout de 8 à 12 jours, avons-nous dit, le travail d'élimination a besoin d'être aidé, et il faut activer la réparation. Les pansements sont continués dans ce but, avec la solution phéniquée ou l'alcool camphré. Nous renouvelons ces pansements consécutifs tous les 2 ou 4 jours, pendant tout le temps que demande la période de réparation; et quand la plaie, bien couverte de bourgeons charnus, est entrée dans sa troisième et dernière période, nous achevons la cicatrisation, comme tout le monde, au moyen de la carapace de diachylon et des cautérisations au nitrate d'argent.

Dans les plaies à lambeaux, plaies d'amputation, dont on doit toujours chercher à obtenir la réunion immédiate, nous avons suivi la même méthode et nous nous en sommes bien trouvé.

Dans ces sortes de plaies, l'essentiel est d'obtenir la réunion profonde en même temps que celle des bords, et la compression douce, exercée sur le contour du moignon par la charpie desséchée, est éminemment favorable à cette réunion :

« divisés : c'est sa présence qui enflamme les plaies et « nous ne comprenons pas que ce fait, pour nous si « simple et si évident, ait pu donner naissance à tant « de contestations. » Rochard, art. plaie *(Dict. Jaccoud)*.

(1) Il est bien entendu que l'inflammation, dont il s'agit dans la première période des plaies à réunion secondaire, n'est pas une inflammation à craindre, mais qu'elle est nécessaire à « la formation d'un tissu « embryonnaire qui passe successivement à l'état « adulte. (Cornil et Ranvier). » Nous ferons d'ailleurs remarquer que cette inflammation première, nécessaire, nous paraît suffire à expliquer la fièvre traumatique, si légère qu'elle soit. La moindre inflammation d'un organe quelconque ne suffit-elle pas à provoquer de la fièvre ?

elle remplace très bien les sutures de la base des lambeaux, et au bout de dix jours, il n'y a plus à craindre la désunion des chairs.

Aussi est-ce vers le dixième jour que nous enlevons le pansement. Pourquoi, en effet, le laisser plus longtemps en place ? Si c'est pour être plus sûr de la réunion, c'est inutile, puisque celle-ci est suffisante au dixième jour.

Du reste, il est bon d'ouvrir le pansement vers cette époque pour enlever quelques fils à ligature et retirer les sutures superficielles devenues inutiles, il est bon également de renouveler un appareil qui pourrait bientôt prendre une odeur désagréable (1).

Par contre, si nous ne voulons pas renouveler le pansement plus tôt, c'est parce que nous craignons la désunion des tissus profonds, la suppuration et les clapiers, le contact de l'air et le gonflement inflammatoire.

En effet, le pansement de Lister a beau être antiseptique, il n'expose pas moins la plaie tous les jours au contact de l'air et aux variations de température.

Après le levée du premier pansement, pour activer le développement des bourgeons charnus, un nouvel appareil, toujours compressif et ouaté, est mis en place et renouvelé tous les quatre ou cinq jours, jusqu'au moment de la cicatrisation que nous poursuivons, comme nous l'avons dit, au moyen du nitrate d'argent et du diachylon en carapace.

(*A suivre*) Dr Séjournet.
Membre fondateur.

(1) Nous devons dire que nous n'avons jamais observé, malgré la quantité relativement faible de bandes (10 à 30 mèt). et d'ouate (250 gr.) que le pansement, jusqu'au dixième jour, prît beaucoup d'odeur ou fût trop souillé de pus.
Du reste, contre l'odeur, nous avons les arrosages phéniqués et au besoin la ressource de nouvelles couches d'ouate.

REVUE CRITIQUE

Sur le traitement de la diphthérie.

(*Fin*)

Parmi les agents de la médication locale, nous avons omis de citer le saccharate de chaux, qui ne paraît pas d'ailleurs agir autrement ni mieux que l'eau de chaux. Il est aussi une substance préconisée tout récemment (1880) par le professeur Ludwig (de Vienne) en raison de son action antiseptique, la neurine. Cette nouvelle venue en thérapeutique n'étant pas encore connue de tout le monde, disons que la neurine ou névrine est tout simplement de l'hydrate de trimétylhydroxéthylène-ammonium.

Nos lecteurs nous excuserons de leur jeter ainsi sous les yeux sans crier gare des mots longs d'une toise, mais tel est le nom exact de la neurine dans la langue savante et un peu... compliquée de la chimie moderne. Ce pompeux médicament a-t-il tenu ce qu'on avait attendu de lui? Son inventeur nous dit que des badigeonnages sur les surfaces malades, faits de deux en deux heures avec une solution contenant de 3 à 6 p. 100 de substance active *parurent* donner des effets locaux avantageux. Le même médecin a essayé aussi les solutions d'hydrate de tétraméthyl-ammonium et de tétraéthyl-ammonium et a de même observé de bons effets locaux.

Nous craignons fort qu'il n'en soit de la neurine comme de tant d'autres spécifiques qui ont eu leur moment de vogue, les vapeurs de sulfure de mercure, par exemple, qui, entre les mains du Dr Abeille, produisaient d'heureux résultats : un beau jour, on s'est aperçu que le sulfure de mercure n'émettait point de vapeurs dans les conditions de température et de pression indiquées par ce praticien.

Mais c'est assez parler des topiques : nous tenions à être complet, mais gardons-nous de l'être trop. Si nous supposons les fausses membranes détruites, dissoutes ou expulsées, quelle indication se présente ? Évidemment en entraver la reproduction, s'il est possible, et c'est à ce but que tendent diverses médications tant externes qu'internes.

La médication antiphlogistique par le froid paraît avoir souvent réussi. En France, M. Lebert (de Nogent-le-Rotrou) donne sans trêve, pendant deux ou trois jours, à ses malades de petits morceaux de glace qui fondent dans la bouche. En Allemagne, on s'applaudit beaucoup d'envelopper le cou de compresses imbibées d'eau froide et fréquemment renouvelées.

La méthode révulsive comprend l'application des vésicatoires au devant du cou, pratique unanimement regardée comme détestable par tous les médecins; car on s'exposerait à voir les surfaces dénudées de leur épiderme, se recouvrir de fausses membranes, et d'ailleurs en vue d'une trachéotomie éventuelle, il est important de se conserver libre et propre le champ opératoire.

M. Floris Bouffé (1879) fait exécuter toutes les deux heures sur le cou et le devant de la poitrine des frictions avec une pommade contenant 25 gr. de camphre dans 75 gr. d'axonge benzoïnée.

IV

Parmi les remèdes internes, il en est par lesquels on espère modifier la crase du sang et enrayer ainsi indirectement la formation des exsudats. En 1852, M. Chapelle (d'Angoulême) proposa l'emploi de l'émétique à dose rasorienne, et M. Bouchut adopta ce traitement. Il donnait de 50 centigr. à 1 gramme de tartre stibié et s'en applaudissait, ayant cru constater quatre-vingt-huit guérisons sur cent quinze cas. Mais il comprenait dans cette statistique cinquante-trois cas de Valleix où l'émétique n'avait été employé qu'accessoirement et comme vomitif. M. Gigon (d'Angoulême), rallié également à cette méthode, en exposait ainsi la raison théorique :

« L'émétique à haute dose, se fluidifiant par excellence, combat la diathèse morbide sous l'influence de laquelle l'albumine du sang se concrète et passe à l'état de membrane. » Cette explication

est purement hypothétique; mais voici qui ne l'est pas.

Les malades soumis au traitement stibié, en proie aux vomissements et à une diarrhée profuse sont en peu de temps si débilités que leur fin en plus rapide et que, s'ils échappent au croup, ils succombent peu après aux progrès de l'adynamie. Aussi cette méthode ne compte-t-elle plus guère de partisans et M. Chapelle lui-même y renonça.

La médication altérante fut faite aussi à l'aide des mercuriaux. C'est en Amérique que prit naissance l'usages du CALOMEL (de 20 centigr. à 2 gr.) uni ou non à 1/20 ou 1/16 d'opium. En Allemagne, Anteurieth en donnait de 75 centigr. à 1 gr. en vingt-quatre heures avec de la magnésie pour révulser sur l'intestin. En France, Miquel (d'Amboise) prescrivait alternativement 10 centigr. de calomel et 10 d'alun toutes les deux heures. Bretonneau en donna d'abord 20 d'heure en heure avec frictions d'onguent napolitain, mais il dut y renoncer, ayant eu à déplorer plusieurs cas de gangrène buccale et même de carie du maxillaire.

Le *chlorate de potasse* dont l'efficacité est si remarquable dans la stomatite ulcéro-membraneuse, a été longtemps considéré comme un excellent remède contre la diphthérie après les travaux de Fischer et Bricheteau. Isambert prouva qu'il s'éliminait par les glandes salivaires et son utilité se trouvait ainsi expliquée. On lui a attribué de nombreux succès; il paraît cependant un peu délaissé aujourd'hui.

Millard se contente de dire qu'il ne voit «aucun inconvénient» à l'employer. Cadet de Gassicourt le préfère aux balsamiques et au salicylate de soude. Il a encore trouvé encore de chauds défenseurs dans Seeligmuller et Fachse de Berlin qui y voit «une véritable panacée.» Son usage à doses élevées longtemps prolongées n'est pourtant pas sans inconvénient et peut produire des accidents d'intoxication. Marchand (de Halle) a cité deux observations dans lesquelles la mort arriva après des vomissements, une anurie relative, des hémorrhagies diverses et notamment de l'hématurie et du melæna ; à l'autopsie le sang présentait une coloration chocolat (Revue des Sciences méd. 1880).

Marchal (de Calvi) donnait pendant plusieurs jours 1 gramme par heure de *bicarbonate de soude* pour combattre l'hypérinose, c'est-à-dire la trop grande richesse du sang en fibrine à laquelle il attribuait le formation des fausses membranes.

Le *sulfure de potasse* (foie de soufre) a été employé par Senff de Genève, Rilliet et Barthez. Doses de 5 à 10 centigrammes au-dessous de deux ans, 10 à 20 centigr. jusqu'à 1 gr. en 24 heures chez les adultes dans de l'eau sucrée, en looch, ou en pilules avec poudre de réglisse comme excipient.

Enfin les expectorants les plus usités, ont été le *polygala* (Archer) le *carbonate d'ammoniaque*, le kermès (Herpin) le *jaborandi* (1 gram. dans une tasse à thé d'eau).

La médication par les *balsamiques* a joui aussi d'une certaine vogue. Ce fut Trideau, d'Andouillé (Mayenne) qui les prescrivit : il poussait jusqu'à 12 grammes de poivre cubèbe chez un enfant de six ans, masquant le goût désagréable dans une potion avec sirop et vin de Malaga, — le copahu jusqu'à 8 grammes. Leur emploi était légitimé par le principe indéniable de l'élimination des balsamiques par les voies respiratoires, et on y recourt encore quand au croup a succédé la diphthérie bronchique. Mais le succès est loin de répondre toujours à l'attente, et de plus l'administration du copahu amène si promptement des désordres gastro-intestinaux et une répugnance insurmontable du malade, que l'on est obligé d'y renoncer.

Dans certains cas de croup où les accès de suffocation sont très-rapprochés et où la sténose laryngée parait tenir plutôt à un spasme glottique qu'à la présence des fausses membranes, Rilliet et Barthez se sont bien trouvés des *antispasmodiques :* assa fœtida, musc (0,30 à 0,60 centigr.), camphre.

C'est également à cause de son élimination par la muqueuse des voix aériennes que l'*Eucalyptus globulus* a été adopté avec un certain enthousiasme par Valcher contre la laryngite diphthérique (Gazette méd. de Strasbourg. 1879). L'eucalyptus a également une action générale stimulante et tonique qui n'est pas à dédaigner. « J'ai traité, dit M. Walcher, tous mes cas de croup par la teinture d'eucalyptus mélangée à du sirop de sucre dans la proportion moyenne de 10/30, ou 6 à 15 gouttes dans une cuillerée d'eau fraîche ; et la teinture est elle-même préparée par déplacement avec 10 de feuilles concassées et 100 d'alcool à 90°. Par ce moyen la mortalité est tombée de 7 à 9 sur 10 à 5 et 7 sur 10. — Il faut craindre seulement que l'action élective de l'eucalyptus sur l'appareil broncho-pulmonaire ne devienne un danger en provoquant une sorte de congestion pulmonaire qui peut aller jusqu'à la pneumonie. Alors on combat les symptômes inflammatoires par des applications froides ou l'onction sur la peau avec des corps gras qui agissent comme isolants »

V

Nous avons réservé pour les étudier en dernier lieu les médicaments dits antiseptiques ; car ce sont eux qui ont été les plus étudiés depuis quelque temps. Leur emploi est lié à une conception nouvelle de la nature et de l'étiologie de la diphthérie, la théorie parasitaire au sujet de laquelle nous croyons utile d'établir quelques données brèves et précises.

On sait quelle révolution ont amené dans l'explication de la septicémie chirurgicale les travaux de Tyndall sur les germes contenus dans l'atmosphère, et de Pasteur sur les fermentations. La conséquence thérapeutique en a été la création du pansement de Lister. De même la connaissance du rôle que jouent les germes introduits dans le sang a éclairé la pathogénie de plusieurs maladies infectieuses, et parallèlement est née l'idée d'administrer à l'intérieur les substances dites antiseptiques. Pour ne pas sortir du sujet qui nous occupe, rappelons que, en 1868, Letzerich crut pouvoir attribuer le développement de la diph-

thérie à la présence dans l'organisme d'un parasite végétal dont il trouva les spores et le mycelium dans les fausses membranes, dans les crachats, dans le sang et qu'il appela le *Zygodesmus fuscus*. Il avança que ces petits champignons, cellules isolées, morphologiquement semblables à celles qu'on voit dans la fièvre typhoïde, se rencontrent dans la diphthérie sous quatre formes ou phases de transformations successives ; mais dans la fièvre typhoïde on n'observerait que les trois premières formes.

Depuis lors, Hueter et Tommasi, Œrtel et Hallier ont pensé aussi que la maladie est produite par de petits organismes dont l'inoculation intoxique rapidement des lapins, mais dont ils n'ont pu déterminer d'une manière précise la nature animale ou végétale.

C'est donc en vue de détruire ces organismes infectieux provisoirement dénommés micrococcus que les auteurs de la théorie parasitaire ont successivement préconisé les plus puissants antiseptiques connus. Disons pour en finir avec la théorie, que d'autres savants autorisés, tout en reconnaissant la présence assez habituelle de micrococcus dans les organes atteints de lésions diphthériques, ne veulent voir dans ce fait rien qui soit spécial à la maladie en question, mais plutôt une circonstance commune à toutes les maladies infectieuses.

Quoiqu'il en soit, voici le mode d'emploi des médicaments antiseptiques, Letzerich donne 0,30 centigr. d'*acide salicylique* de deux en deux heures, — Hanow, Wagner et Fontheim, prescrivent 0,50 centigr. d'acide salicylique dans une solution de 5 grammes de phosphate de soude dans 150 grammes d'eau (1 cuillerée d'heure en heure) — après la troisième ou la quatrième dose suivant ces auteurs, l'élimination des fausses membranes commençait et si rapidement, que les patients les rendaient par masses au milieu de violents efforts comme pour vomir (Revue des Sc. méd. T. VIII).

Schüler dit avoir été moins heureux : sur soixante-dix-neuf cas de diphthérie, chez des sujets âgés de sept mois à trente ans : quarante-et-un furent traités par le chlorate de potasse, six morts ; vingt-trois, par l'acide phénique : un mort ; quinze, par l'acide salicylique : sept morts.

Gubler pensait que si l'acide salicylique agit sur les ferments directement dans un réservoir, il est impuissant contre les germes en suspension dans le sang.

Le *salicylate de soude* est préféré par d'autres médecins : le professeur G. Sée lui est favorable; Bergeron l'a essayé avec d'assez bons résultats. Toutefois à l'étranger on a publié des statistiques si brillantes qu'elles font croire à des erreurs de diagnostic où à des séries exceptionnellement heureuses : Weber (de Saint-Pétersbourg) aurait guéri tous ses malades dans neuf cas de diphthérie grave !

A la suite d'expériences faites dans le laboratoire de Klebs par Graham Brown, Letzerich employa le *benzoate de soude* chez vingt-quatre enfants et trois adultes ; il n'en a perdu qu'un seul, un jeune enfant ; chez huit sujets il y avait des phénomènes généraux, fièvre volente et délire, constipation et rétention d'urine.

On prescrit au dessous d'un an :

Eau distillée. / Eau de menthe. } ââ	40 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	10 gr.
Benzoate de soude	5 gr.

Une demi-cuillerée à bouche toutes les deux heures.

De 1 an à 3 ans	la dose est	7 à 8 gr.
De 3 7	—	8 à 10 gr.
Au dessus de 7	—	10 à 15 gr.
Chez les adultes	—	15 à 25

dans une potion de 140 grammes.

Jamais, même chez les nourrissons, il n'y a eu d'accidents imputables au médicament.

Hoffmann aurait ainsi guéri douze angines dont huit chez des enfants. Gnandiger (de Vienne) avec les mêmes doses a une moins bonne statistique : sur dix-sept enfants, huit morts.

A la médication interne et aux antiseptiques se rattache l'emploi du *perchlorure de fer* par la méthode d'Aubrun : vingt à cinquante gouttes dans un verre d'eau sucrée, par cuillerée.

On donne au malade de sept à dix verres pendant les premiers jours, en lui faisant prendre ensuite du lait en abondance. Ce traitement a pu aussi revendiquer des succès et il est encore en usage.

Enfin M. Floris Bouffé (1879), fusionnant pour ainsi dire plusieurs procédés, aurait obtenu dix guérisons sur onze cas avec la mixture suivante donnée tiède par cuillerées à café ou à dessert.

Jus de citron	300 gr.
Chlorure de soude. / Sulfate de soude } ââ	10 gr.
Miel	15 gr.
Saccharate de chaux	2 à 4 gr.
Phénate de soude	20 à 30 gouttes.

Ce dernier médicament, *le phénate de soude* est indiqué par Roger et Peter. — On a employé encore le *sulfo-phénate de quinine*, *l'acide gallique*, *l'acide oxalique*, etc., etc.

N'omettons pas de rappeler qu'un adjuvant indispensable à toutes les méthodes est l'usage des toniques, café, quinquina, alcooliques. On peut ainsi donner.

Infusion de café.	125 grammes.
Sirop de gomme.	40 —
Extrait mou de quinquina.	2 à 4 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Il est non moins indispensable d'alimenter les malades autant que possible : tout le monde est d'accord sur ce point.

Nous n'avons pas à parler ici de la trachéotomie en cas d'asphyxie imminente, des indications et contre-indications de cette opération, non plus que du traitement des paralysies consécutives à certaines diphthéries ; ce serait sortir du cadre que nous nous étions tracé. Notre but a été uniquement de passer en revue les innombrables médications préconisées depuis un siècle contre ce mal redoutable, en nous efforçant de démêler celles qui paraissent dignes d'être conservées et celles qu'il faut absolument délaisser comme inutiles ou nuisibles. Puissions-nous n'avoir pas trop ennuyé nos lecteurs en exécutant cette tâche ingrate ! N'acceptons pas avec trop d'enthousiasme les remèdes

nouveaux qui surgissent chaque année, mais ne les repoussons pas non plus de parti pris.

Ne décourageons pas les chercheurs et disons en terminant avec M. le professeur Lasègue : « Lorsqu'un médecin se trouve en face d'une affection qui une fois sur trois déjoue toutes les ressources, chaque médication nouvelle qu'on lui propose, doit être la bienvenue,... Si l'espoir que lui avaient donné les premiers essais se trouve déçu, il enregistre avec douleur son insuccès dans le catalogue inépuisable des illusions thérapeutiques; mais il n'en a pas moins bien mérité, et la paix tout au moins lui est acquise comme il est écrit qu'elle appartient aux hommes de bonne volonté. »

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Révision de la législation médicale.

Nous recevons peu de lettres traitant des questions professionnelles sans retrouver, comme un nouveau *delenda Carthago*, cette conclusion : *il faut que la législation médicale soit révisée dans son ensemble.*

Mais, s'il y a unanimité pour proclamer que l'état de choses actuel ne peut subsister, il n'en est plus de même, quand il s'agit de présenter des solutions possibles, et les considérations de nos confrères revêtent les caractères les plus divers. — Beaucoup même craignent d'absorber par le menu les réformes désirables et se bornent à constater que tout en cette matière est à refaire.

Le corps médical, à vrai dire, a-t-il eu jusqu'ici une existence réelle ? Quelqu'un a-t-il eu qualité pour parler en son nom? Qu'y a-t-il donc d'étonnant si tous les efforts sont restés stériles, si les revendications individuelles sont restées sans écho !

Le *Concours médical* a modifié ces conditions défavorables, en créant chez les médecins un esprit de solidarité jusqu'alors inconnu, en faisant appel à l'initiative de tous et particulièrement à celle des humbles de la profession qui, plus que les autres encore, sont intéressés à la réalisation des réformes que nous réclamons.

Les membres du Concours ne constituent certes pas le corps médical, mais on nous accordera que deux mille adhérents, qui presque tous exercent en province, ont quelque qualité pour parler de réformes et pour étudier les mesures propres à rendre au corps médical la situation qu'il doit occuper dans la société moderne.

C'est la raison qui a déterminé la direction du Concours à ouvrir une vaste enquête sur les lois, décrets et ordonnances qui régissent la profession médicale.

Voulant que cette enquête soit, avant tout, sincère, elle fait appel à toutes les lumières, à toutes les bonnes volontés. Elle ne désire pas diriger cette enquête dans un sens plutôt que dans un autre, faire triompher tel ou tel système. Elle a créé une commission spéciale parce qu'il fallait étudier et classer les documents qui allaient lui arriver, résumer les discussions, préparer enfin les vœux qui seront soumis à la prochaine assemblée générale; mais elle s'est imposé la neutralité la plus absolue.

La commission le déclare, toutes les opinions seront admises à la discussion et, autant que faire se pourra, le caractère original des communications sera conservé dans les articles spéciaux que publiera le journal.

Par contre, elle n'accepte, pas plus que la direction, la responsabilité des propositions qui seront faites ou des théories qui seront émises : après avoir inséré au journal tel ou tel projet, elle ne fera aucune difficulté pour admettre sa réfutation.

Voilà ce que nous avons cru devoir vous déclarer tout d'abord, et maintenant, chers confrères, nous vous disons : à l'œuvre,

LA DIRECTION.

I

L'exercice de la médecine.

Les communications que jusqu'ici nous avons reçues sont, à la vérité, peu nombreuses; elles nous permettent cependant d'aborder immédiatement une question des plus importantes, celle de l'exercice de la médecine,

C'est encore la loi du 19 ventôse, an XI, qui régit la matière ; voici les dispositions générales qu'elle renferme.

ART. I. — A compter du 1er vendémiaire, an XII, nul ne peut embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.

ART. 2. — Tous ceux qui obtiendront à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de *Docteur en médecine* ou *en chirurgie* lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des écoles spéciales de médecine, ou celui *d'officier de santé* quand ils seront reçus par les jurys.

Sans aller plus loin, nous trouvons une première question intéressante : *Doit-il exister en France deux ordres de médecins, se recrutant d'une façon différente et jouissant de droits inégaux?*

Plusieurs de nos confrères se prononcent formellement pour la négative.

« L'institution des officiers de santé, dit le Dr Jean, est usée ; elle a été établie à une époque où il y avait pénurie de praticiens. S'il eut fallu alors être bachelier pour devenir général, Napoléon n'eut pas remporté tant de victoires !..... Le praticien avait été, lui aussi, dispensé de titres universitaires. »

Rappelons les conditions d'admission :

— Pour les *docteurs*, diplôme de bachelier ès-lettres à la première inscription, diplôme de bachelier ès-sciences à la troisième ;

(Le nouveau régime exige la présentation de ce diplôme dès la première incription).

— Pour les *officiers de santé*, certificat de grammaire dans les lycées à l'issue de la classe de quatrième.

Rappelons également les droits tels qu'ils résultent de la loi de ventôse :

ART. 28. — Les docteurs reçus dans les Ecoles de médecine pourront exercer leur profession dans toutes les communes de la République, en remplissant les formalités prescrites par les articles précédents.

ART. 29 — Les officiers de santé ne pourront s'é-

ablir que dans le département où ils auront été examinés par le Jury, après s'être fait enregistrer comme il vient d'être prescrit. Ils ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrite ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable (1).

« Ces prescriptions légales, ai-je déjà dit sont absolument illusoires, et dans la pratique elles ne sont pas observées ; le ministère public ne s'inquiète en aucune façon de leur violation et l'officier de santé jouit en parfaite quiétude des mêmes droits que le docteur : il exerce partout où il est appelé et pratique, tout comme un autre, les grandes opérations.

Elles sont vexatoires pour l'officier de santé qui souffre de l'état de suspicion et d'infériorité où le tient la loi ; elles ont contre elles les mœurs publiques, la confiance des malades....

Est-ce à dire pourtant que le docteur en médecine doive être lésé par leur suppression qui s'impose ? — Je ne le pense pas et c'est ailleurs qu'il faut chercher la solution de la question.

Que nul ne puisse exercer la médecine sans avoir obtenu préalablement le titre de docteur et l'on verra disparaître aussitôt une égalité choquante, des passe-droits injustifiables et, par dessus tout, ces luttes entre membres d'une même profession, qu'un intérêt mieux entendu devrait nous faire répudier à tout jamais.

Et qui souffrirait de cette supression ?

Les officiers de santé ? — Mais leur situation actuelle est sauvegardée.

Leurs enfants ? — Qu'on me cite l'officier de santé qui, destinant actuellement son fils à la profession médicale, se contente pour lui de ce titre déprécié !

Les nécessités de la santé publique ? — Mais on se plaint partout du nombre excessif des médecins ; mais le nombre des étudiants inscrits pour le doctorat dans les facultés est en progression, surtout depuis l'accroissement du nombre des facultés ; mais le nombre des officiers de santé décroît de lui-même chaque année : de 5.582 qu'il était en 1866, il s'est abaissé en 1876 à 3.633.

Dira-t-on qu'il est excessif, dans une société, où les questions d'instruction tiennent la premiere place, d'exiger d'un médecin le diplôme de bachelier ?

Et pourquoi s'efforcer de rendre plus solide le savoir des docteurs, pourquoi améliorer le plan des études, pourquoi s'entourer de garanties plus grandes, pourquoi toutes ces réformes, si l'on reconnaît qu'il suffit, pour la pratique de la médecine, de connaissances moindres et acquises en moins de temps ?

Nul, moins que moi, ne méconnaît la valeur de certains praticiens qui, faute d'un diplôme, ont dû se contenter du titre d'officier de santé : mais on conviendra bien aussi, qu'une réforme, qui conférerait le droit d'exercice au seul titre de docteur en médecine, ne serait pas faite pour abaisser le niveau des connaissances du corps médical.

Enfin cette réforme, quelles conséquences aurait-elle ?

C'est que les clientèles de campagne devenant meilleures seraient plus recherchées ; c'est que moins de jeunes médecins consentiraient à végéter dans une ville, perdant ainsi leurs meilleures années ; c'est qu'enfin quelques pharmaciens ne pourraient plus aussi facilement cumuler l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Sont-ce là des objections devant lesquelles doive reculer le corps médical ? — J'aurais peine à le croire. »

Nous avons pensé qu'il s'agissait en effet d'une question de réforme importante et nous n'hésitons pas à attirer sur elle l'attention de nos confrères.

Nous profitons de cette occasion pour réclamer dans l'étude des questions relatives à l'exercice illégal de la médecine et à sa répression efficace.

Dr Gassot, do Chevilly (Loiret).

II

Les syndicats médicaux.

Je viens de relire tout ce qui, l'année dernière, a été publié dans le *Concours médical*, relativement à cette question des *syndicats*.

Vraiment, j'éprouve de cette lecture un certain sentiment de découragement, et je suis convaincu que si les médecins ne les constituent pas partout, *c'est qu'ils ne le veulent pas*. On serait, en vérité, tenté de croire qu'ils ne craignent rien tant que de voir disparaître le thème ordinaire de leurs doleances. Que deux confrères se rencontrent, vous pouvez être sur qu'une partie de leur entretien est un échange de plaintes sur les misères et les déboires de la profession ; mais que quelqu'un leur propose un moyen quelconque d'atténuer, sinon de faire disparaître entièrement ces mêmes misères, vous pouvez être non moins assuré que les deux interlocuteurs tireront chacun de leur côté, et que les choses resteront comme devant.

Et pourtant, quel moyen plus simple, plus infaillible que celui dont la proposition a été émise dans le *Concours médical ?* C'était, il est vrai, la première fois que cette idée se trouvait formulée dans un journal ; mais depuis longtemps elle était dans l'air ; les médecins comprenaient si bien l'état de malaise de la profession, que certaines sociétés (Toulon, Bouches-du-Rhône, Cherbourg, Mayenne), désiraient la création de *chambres de discipline*, fortifiées par des Jurys d'Etat (Toulon). C'était aller trop loin, parce que c'était amener l'Etat à se mêler de nos affaires, et qu'il faut, au contraire, faire nos affaires nous-mêmes.

Tels que je les conçois, les *syndicats médicaux* peuvent être établis, sans léser, en quoi que ce soit, notre liberté et notre indépendance, sans qu'on ait besoin de réclamer de nouvelles lois, de nouveaux règlements. Et sur ce terrain, je me rencontre avec le Dr *Cauchy* de Bapaume qui a parfaitement défini ce que doit être un *syndicat médical :*

« J'entends, dit-il, par *syndicat médical*, une commission de médecins, nommés par leurs confrères, afin d'instruire et d'étudier toutes les questions professionnelles qui peuvent se présenter dans le ressort du syndicat ; correspondre surtout avec l'administration supérieure, dans les rapports que les médecins peuvent avoir avec elle ; aplanir les difficultés qui peuvent survenir entre les médecins et les administrations locales (municipales, bureaux de bienfaisance, hospices, sociétés de secours mutuels) ; en un mot régler les conditions du fonctionnement de la médecine privée et publique.

« D'un autre côté, le *syndicat médical* pourrait être consulté par l'administration supérieure, lorsque celle-ci a besoin de se renseigner sur des faits qui sont

(1) Depuis le décret du 22 août 1854, le grade d'officier de santé est conféré non plus par un jury, mais par les facultés ou les écoles préparatoire. L'art. 29 n'a d'ailleurs subi que cette modification et ses dispositions sont encore en vigueur. *L'officier de santé ne peut exercer hors de son département*, la cour de cassation s'est prononcée maintes fois en ce sens.

du domaine et de la compétence spéciale et immédiate de la science médicale.

« Au besoin, ce syndicat pourrait être pris pour juge et arbitre par les médecins entre eux, sans pour cela être une chambre de discipline.

En un mot, le *syndicat médical* ne doit être qu'une simple commission, résumant en elle toute la corporation médicale, pour *faciliter les rapports des médecins avec les administrations, pour faciliter au besoin leurs rapports entre eux.* »

Dr Cauchy (*Conc. méd.*, 2e année, no 19). Le Dr Beraud (*Conc. méd.*, 2e année, no 22), écrit : « La création des syndicats, dans le sein des *sociétés locales*, en donnant plus de cohésion, de vitalité à l'*association*, serait une heureuse inspiration, et lui faciliterait beaucoup la seconde partie de sa tâche (protection des intérêts professionnels), par des rapports plus fréquents entre collègues de circonscriptions voisines, et par une entente forcée au point de vue des intérêts.

En quoi consisterait le rôle protecteur de l'association par l'intermédiaire des syndicats?

« Cette protection consisterait, non pas tant à harceler le pouvoir de demandes de réformes et à poursuivre l'exercice illégal de la médecine, qu'à réglementer, à codifier au besoin, les rapports des médecins entre eux, avec les sociétés de secours mutuels, les bureaux de bienfaisance, les administrations, etc., et enfin à établir, par circonscription médicale, l'application d'un tarif *à minima* qui engagerait d'honneur tous les membres du syndicat. »

Antérieurement (Cf *Conc. méd.* 2e année, no 9), le Dr Cézilly écrivait de son côté : « Les syndicats régionaux seraient à même d'étudier avec fruit . 1o Les relations avec les sociétés de secours mutuels de la localité; 2o l'organisation des bureaux de bienfaisance ; 3o la médecine cantonale; 4o le service médical des hôpitaux et hospice du lieu ; 5o la rétribution des médecins vaccinateurs et des médecins inspecteurs des nourrices ; 6o les poursuites à exercer contre l'exercice illégal sous toutes ses formes; 7o l'uniformité du mode de procéder en fait d'honoraires et de tarif ; 8o les rapports entre confrères, et notamment la question de la répartition avantageuse du territoire à desservir en commun. »

Voilà donc, ce me semble, parfaitement défini *le but* à atteindre par les *syndicats médicaux.*

Qui, maintenant, doit concourir à l'établissement de ces syndicats ?

Je n'hésite pas à répondre :

Tous les médecins sans exception.

Et comme les membres du syndicat seront élus par leurs confrères, il faut, comme le propose très justement le Dr Cauchy, « que chaque médecin, arrivant dans une région pour s'y fixer, soit inscrit comme *électeur pour le syndic*, par le fait même qu'il satisfait à l'art. 24 de la loi de l'an XI, en présentant son diplôme aux autorités désignées. »

De cette manière, vous arrivez à créer une force, avec laquelle on sera bien obligé de compter, surtout si, adoptant l'idée du Dr Béraud, on complète l'organisation de la façon suivante :

« 1o Syndicats destinés à mettre les médecins en rapport, à les forcer à se réunir et à s'entendre pour la défense de leurs intérêts communs ; 2o assemblée départementale ou régionale, recevant les rapports des syndics, les rapprochant en uniformisant, autant que possible, les conditions d'exercice dans les circonscriptions médicales voisines; 3o enfin, assemblée générale recueillant les aspirations, les désirs de tout le corps médical, manifestes par les syndicats, et usant de la haute influence de son conseil général et judiciaire, pour agir auprès du gouvernement et obtenir les réformes indispensables, réglementer et codifier, au besoin, les conditions d'exercice de la médecine.

« Dans une organisation de ce genre, le pouvoir le plus ombrageux ne peut voir qu'une défense légitime et équitable d'intérêts sérieux qui sont en cause et nullement une question de coalition. » (*Conc. méd.* 2e année, no 22).

Je ferai remarquer que, dans tous ces projets d'organisation, les rapports avec les sociétés de secours mutuels tiennent une bonne place. En effet, c'est là qu'est le danger, danger signalé depuis de longues années. Car, en 1862, le Dr Gaussail de Toulouse, signalait l'état précaire des rétributions que les sociétés de secours mutuels allouaient à leurs médecins. Cet honorable confrère dénonçait, comme une des causes puissantes de la dépréciation croissante des honoraires des médecins et du malaise général de la profession, la multiplicité des associations de secours mutuels. Depuis ce temps, les choses n'ont fait qu'empirer; l'exploitation des médecins par cette société est poussée aux dernières limites. A nous, médecins de voir si nous voulons continuer à être ainsi taillables et corvéables à merci, et s'il ne vaut pas mieux, par une entente préalable, arriver à ne plus, passez-moi l'expression, *nous laisser manger la laine sur le dos.*

Un motif puissant de nous syndiquer, se déduit des résultats obtenus toutes les fois que, d'une façon passagère malheureusement, les médecins ont bien voulu se mettre franchement d'accord. Dans le *Concours médical*, il a été publié (2e année no 25) une sorte de règlement de l'*Association des médecins de la Nièvre*, concernant les rapports de confrère à confrère. Le no 30 de la même année éditait les règles professionnelles adoptées par les membres de la société locale de *Vaucluse.* Je crois que ces règles sont à peu près suivies partout ailleurs, bien qu'elles ne soient pas formulées sur le papier. — Relativement aux *tarifs d'honoraires*, je n'ai pas besoin de rappeler le tapage soulevé, il y a quelques années par la publication intempestive d'un aperçu des honoraires réclamés par l'unanimité des médecins du Hâvre, j'ai pris également connaissance d'un tarif délibéré et accepté par un certain nombre de médecins de l'arrondissement de Louhans. — Enfin, pour ce qui touche à nos rapports avec les sociétés de secours mutuels, et avec les administrations, qu'on veuille bien se rappeler l'avertissement donné à tous les pharmaciens de la ville de C. par les médecins de la même ville, avertissement qui maintint les premiers dans une prudente réserve, qu'on lise dans le *Concours médical*, (2e année no 48), la solution des deux questions par l'association de l'Oise, questions relatives, l'une au *service médical des cantonniers*, l'autre à l'*inspection des enfants en nourrice;* et l'on verra une association médicale en rapport avec des administrations, en qualité de syndicat chargé des intérêts des siens, et cette association, ce syndicat faisant la loi, au lieu de la subir. Ce sont, pour ne citer que ceux-là, des exemples bons à suivre et propres à nous montrer quelle peut être notre force, pourvu que nous voulions nous unir.

Une fois admis le principe des syndicats, une fois précisé le but qu'ils doivent se proposer, une fois prouvés leurs bons résultats, reste à savoir *comment les organiser*. Ici encore je ne peux que renvoyer à la lecture des articles publiés par nos honorables confrères, le Dr Cauchy et le Dr Béraud. Cependant, peut-être pourrait-on procéder de la manière suivante.

« Chaque année tous les médecins d'une circonscrip-
« tion donnée, renouvelleraient le personnel de leur
« chambre syndicale ; mais afin de ne mécontenter
« personne et de couper court aux compétitions et
« aux intrigues possibles, on pourrait partir de ce
« principe que, étant donné un nombre de trente mé-
« decins je suppose, les cinq plus anciens sont, pour
« la première année, le premier syndic, les quatre

« autres, membres de la chambre syndicale. L'année « écoulée, le syndic démissionne et se met à la suite, « le premier membre de la chambre syndicale devient « syndic à son tour, pendant que les trois membres « restants de la chambre syndicale s'adjoignent le « le plus ancien de ceux qui restaient, — et ainsi de « suite. » — C'est ainsi qu'au Havre les médecins de l'hospice, désignaient leur délégué près l'administration; et ce système fonctionnait à la satisfaction de tous.

Il me paraît que ce mode d'agir permettrait à chacun d'être syndic à son tour, sans être pour cela surchargé de travail.

Quoi qu'il en soit, le point principal est que les médecins soient bien convaincus que c'est l'individualisme qui les perd; que, comme tous les autres mortels, ils ont tout à gagner à unir leurs forces; et que le seul moyen de résister aux syndicats des sociétés de secours mutuels est la création des syndicats médicaux. En cette création, et en elle seule, est le salut de la profession. Dr MARGUERITTE *(du Havre)*.

III

Nous extrayons du compte-rendu de la réunion du 2 décembre 1880 de *l'Association locale de la Charente*, le passage suivant, contenu dans l'intéressant rapport de l'honorable secrétaire de la Société, *le Dr Nadaud d'Angoulême*; il a quelqueintérêt pour les membres du *Concours*.

Jusqu'à ce jour, Messieurs, nous ne nous sommes que fort peu occupés dans nos réunions, d'un grand nombre de questions très-importantes pour l'avenir de notre profession. Chaque année, dans l'assemblée de l'Association générale, un certain nombre de questions sont discutées, telles que « Les Assurances sur la vie » ou bien « De l'élévation du Taux de la cotisation annuelle. » Si notre Société ne s'est pas livrée à l'étude de ces questions d'intérêt professionnel, cela tient à ce que beaucoup d'entre nous n'allaient pas retirer leur Annuaire chez notre trésorier. L'année prochaine, chacun de nous recevra l'Annuaire par la poste, et nous pourrons ainsi discuter toutes les graves questions qui nous seront posées par l'Association générale.

Ce ne sont pas les sujets d'études qui nous manqueront; de toutes parts, des plaintes s'élèvent dans le corps médical; des abus sans nombre sont signalés; sociétés, corporations, etc... usent et abusent de nos forces, sans jamais nous... dire merci.

Un journal s'est fondé, le *Concours Médical*, que beaucoup d'entre vous reçoivent et ont su apprécier. Le directeur de ce journal, M. Cézilly, a déjà su réunir autour de lui un grand nombre d'adhérents; il a dénoncé la plupart des abus que nous subissons, il en a indiqué le remède que je crois pouvoir résumer ainsi : « Tout le monde s'associe contre nous, — unis« sons-nous pour faire comprendre à tout le monde « que le corps médical a le droit d'exiger le respect « pour ses représentants et une juste rémunération « pour leurs peines et leurs services. » Il vous sera facile de vous procurer le *Concours Médical*, et vous verrez, mieux que je ne pourrais vous le dire ici, ce qu'il nous reste à faire pour arriver à atteindre le but proposé.

En donnant dans nos réunions une part plus large à l'étude de ces importantes questions d'intérêts professionnels, nous compléterons le programme que doit remplir notre Société : Travail, Assistance, Protection.

IV

Paris, 13 novembre 1880.

Vous me demandez : 1° Si un liquidateur judiciaire peut opérer une réduction sur les honoraires d'un médecin créancier privilégié?

2° Si sous prétexte de prescription il lui appartient de prendre tel ou tel point de départ pour les honoraires?

3° S'il a le droit d'exiger une note détaillée, visite par visite, opération par opération, sans tenir compte des circonstances qui peuvent rendre l'établissement d'une pareille note sinon impossible, du moins bien difficile?

J'élimine d'abord la troisième question qui est toute personnelle à chaque médecin. Le mieux évidemment est de donner une note détaillée quand on le peut, sinon il est bon de donner des motifs à l'appui du chiffre demandé. Restent les deux premières questions qui sont d'un intérêt général :

1° Le liquidateur judiciaire, ou pour employer l'expression légale, le curateur à une succession vacante, a le droit, comme l'auraient les héritiers, s'il s'en était présenté, de discuter toutes les demandes formées contre la succession.

Mais il n'a pas plus de droits que n'en auraient ces mêmes héritiers. C'est aux créanciers à accepter les réductions de leurs créances ou à plaider contre le curateur ou administrateur de la succession vacante.

2° Quant au point de départ de la prescription, l'article 2,272 du Code civil peut toujours être invoqué par le curateur, mais le Tribunal seul peut décider si c'est à bon droit.

Il est admis que les soins non interrompus donnés dans une maladie ne forment qu'un tout et que par conséquent la prescription ne doit commencer qu'à la dernière visite.

Mais reste la discussion ouverte sur le point de savoir s'il s'agit d'une maladie chronique ou d'une maladie aiguë.

Dans le cas de maladie chronique, la jurisprudence est plus serrée que quand il s'agit d'une maladie aiguë, surtout si le traitement a été intermittent.

Cependant, il est bon de citer un jugement du 15 janvier 1870, du Tribunal de la Seine, qui donne raison au médecin, en cas de maladie chronique suivie de mort. *(Monit. policlin.)*.

V

Honoraires judiciaires des médecins.

Un des hodorables médecins de Dourdan fut chargé, il y a quelques mois, sur commission rogatoire, de visiter deux nourrissons placés chez une femme, domiciliée à Breuillet. Cette femme était accusée de contravention à la loi du 23 décembre 1874.

Le docteur se rendit au lieu indiqué et toucha 7 fr. 50 c. pour ce déplacement de 3 myriamètres. Notre confrère avait empoché ses 7 fr. 50 avec la conviction du devoir accompli et n'y pensait plus. Ah! bien, oui, il ne savait pas, le malheureux, ce qui l'attendait. Un ou deux mois après, un employé du ministère s'aperçut, en feuilletant ses paperasses pour occuper son temps, que la localité en question n'est qu'à 23 kilomètres de Dourdan; on avait donc payé le docteur sur le pied de 3 myriamètres, tandis qu'il n'y avait en réalité que 2 myriamètres 1/2, on lui avait versé 7 fr. 50, au lieu de 6 fr. 25 (art. 92 du décret de 1811).

Grands dieux! quel malheur pour notre pays! lui faire perdre 1 fr. 25 c. Vite, un pli ministériel au chef du parquet de Versailles, qui expédie à son tour un second pli au procureur de la République de Rambouillet, lequel en expédie un troisième au juge de paix de Dourdan, qui, à son tour, mande en toute hâte le docteur.

Celui-ci arrive sans se douter du malheur qui l'attend, et bientôt il apprend, avec stupeur, que la France lui réclame 25 sous perçus en trop pour les 6 lieues et demie qu'il a parcourues dans le but d'être utile à deux petits êtres abandonnés.

Ce serait d'un haut comique, si ce n'était pas si triste, et si l'existence de malheureux enfants n'était pas en jeu. *Union médicale.*

VI

Anvers, 6 décembre 1880.

Monsieur le Directeur.

Le Cercle médical d'Anvers ne reste pas inactif. Plusieurs questions du plus haut intérêt pour toute la famille médicale, ont figuré à l'ordre du jour de ses dernières séances.

Et d'abord la question du secret professionnel. Voici le cas : un médecin d'Anvers avait été mandé pour donner ses soins à une personne blessée dans un duel. Cité devant le juge d'instruction pour être interrogé à ce sujet, il refusa de parler, se retranchant derrière le secret professionel. L'application, séance tenante, d'une amende de 50 fr., suivie de près d'une seconde amende de 100 fr. au tribunal correctionnel, fut le résultat de ce mutisme. La Cour d'appel saisie de cette affaire, a confirmé l'arrêt des premiers juges.

Ensuite dans sa séance du 3 courant, notre cercle était appelé à discuter l'admission des médecins étrangers à la pratique de l'art de guérir en Belgique. Cette question palpitante d'intérêt pour le corps médical belge tout entier, a été remise sur le tapis à la suite des nouvelles autorisations qui viennent d'être accordées à plusieurs médecins exotiques. Anvers aura sa part du cadeau médical que le Gouvernemen a bien voulu faire à notre heureux pays : un docteur allemand s'est installé ici depuis quelques jours, et un autre transfuge d'outre-Rhin est attendu dans la métropole commerciale pour y pratiquer l'oculistique Bruxelles a déjà un oculiste germain, bien connu pour ses procédés d'une exquise délicatesse envers les confrères belges et pour ses réclames à grand orchestre; Anvers ne pouvait pas rester plus longtemps privé du même bonheur, et ainsi, peu à peu, le pays sera peuplé par des Esculapes étrangers. Notre cercle a protesté énergiquement contre cette invasion toujours roissante, et adopté, à l'unanité, les propositions suivantes :

1° Adresser à M. le Ministre de l'instruction publique une pétitiou signée par tous les médecins d'Anvers ;

2° Solliciter de la part de nos députés une interpellation dans les chambres législatives;

3° Envoyer une lettre à l'Académie de médecine et à la Fédération médicale pour demander leur influence et leur appui.

Le Scalpel d'Anvers.

CHRONIQUE

Par décret du 19 courant, notre distingué confrère, M. le Dr *Sorre,* membre du *Concours médical*, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de St-Malo, sur la proposition du *ministre de la guerre*, a été nommé *Chevalier de la légion d'honneur* pour *services exceptionnels durant lr guer*

NÉCROLOGIE

Nous faisons part à nos lecteurs de la perte que nous venons de faire de deux membres du *Concours médical,* nos regrettés confrères M. le Dr *Saint-Laurent* ex-interne des hôpitaux, à *Acy en Moultier*,(Oise) et M. le Dr *Grandguillot*, médecin de la compagnie des chemins de fer de l'ouest, à *Craon*(Mayenne), décédés tous les deux avant l'âge, le premier à 48 ans le second à 38 ans.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le Dr *Marsch*, dans sa revue étrangère du dernier numéro du *Concours médical*, relate les succès constants qu'on obtient dans le traitement de l'ongle incarné par l'emploi du perchlorure de fer liquide. Il en imbibe, dit-il, une fine mèche de charpie, ou une mince lanière d'agaric et l'introduit entre l'ongle et la partie végétante. Ce pansement, *répété plusieurs fois*, lui a toujours réussi.

On peut signaler à notre confrère une légère modification du procédé, applicable aux cas graves, aux cas où les végétations sont considérables et l'ongle assez incarné, pour qu'il soit très-difficile et très-douloureux d'insinuer la lanière. Elle consiste à employer le *perchlorure de fer solide ;* en déposer un morceau, plus ou moins gros, selon la circonstance, sur les végétations. Le perchlorure solide, très-déliquescent, imbibe et momifie les parties à détruire. Au deuxième pansement on peut aisément et sans douleur introduire l'agaric ou la charpie et on abrége notablement la durée d'un traitement dont les succès sont d'ailleurs constants comme l'affirme M. le Dr Marsch.

(Un médecin).

COMMISSION D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : M. le Dr Gassot, à Chevilly, Loiret.

2° Règles de déontologie confraternelle : M. le Dr. Marais, à Honfleur, Calvados.

3° Exercice illégal, charlatanisme : M. le Dr Huette fils, 6, rue du Loing, à Montargis, Loiret.

4° Médecine cantonnale, bureaux de bienfaisance, stations thermales, hôpitaux : M. le Dr Mignen, à Montaigu, Vendée.

5° Agenda-annuaire : M. le Dr Boëll, à Baugé, Maine-et-Loire.

6° Loi Roussel, protection des enfants du 1er âge. Inspection des écoles, chez le Dr Bibardà, Pontoise, Seine-et-Oise.

7° L'administration du Concours médical jugeant qu'il serait avantageux que le médecin eut à sa disposition, pour chaque acte de sa profession une feuille spéciale, analogue aux imprimés proposés pour le recouvrement des honoraires, M. le Dr Hennart a bien voulu se charger d'étudier cette question.

En conséquence les membres du Concours qui auraient des communications à faire sur 1° les Bloes ordonnances, 2° les registres à quittances, 3° les imprimés pour certificats, 4° l'Agenda-journal, 5° le grand livre de comptabilité, 6 les entêtes de lettres imprimées, 7° les formules d'honoraires, sont priés de les adresser à M. le Dr Hennart, à Gacé, Orne.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
12 Février 1881 3me Année. — No 7

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Colin* (d'Alfort) a pris la parole pour combattre les objections que M. Pasteur lui avait faites au sujet des lapins inoculés avec la salive d'un enfant mort de la rage. — On se rappelle que M. Colin affirme que ces lapins ont succombé à la septicémie, tandis que M. Pasteur a cru découvrir, dans ce cas, l'existence d'une nouvelle maladie virulente.

M. *Pasteur* maintient son opinion et propose à l'Académie de nommer une commission qui sera appelée à constater les résultats des expériences que chacun des deux contradicteurs instituera de son côté. L'Académie ayant accepté, la nouvelle commission est immédiatement nommée : MM. Bouley, Davaine, A. Guérin, Villemin et Vulpian en feront partie.

M. *Pasteur* lit, en outre, un travail intitulé : *Sur la longue durée de la vie des germes charbonneux et sur leur conservation dans les terres cultivées*. Cette note contient les résultats d'expériences faites dans une ferme située près de Senlis, et qui perd, chaque année, un nombre considérable d'animaux, par suite de la fièvre charbonneuse. Avec de la terre recueillie à la surface d'une fosse qui sert, depuis trois ans, à l'enfouissement des animaux charbonneux, M. Pasteur a inoculé des cochons d'Inde qui sont tous morts rapidement du charbon.

En outre, l'expérimentateur a placé 7 moutons parfaitement sains sur une autre fosse semblable, mais qui ne sert plus depuis douze ans. Les animaux n'ont pris aucune nourriture sur cette fosse absolument dépourvue d'herbe, et ils n'y sont restés que quelques heures : deux de ces moutons ont cependant succombé au charbon.

En conséquence, M. Pasteur propose à M. Colin de tenter lui-même, avec cette terre, de nouvelles inoculations sur des cobayes, et de faire ensuite examiner au microscope le sang de ces animaux, pour voir s'il renferme des germes charbonneux.

Nous pensons que ce long et interminable débat a enfin trouvé un terrain solide ; les discussions théoriques ont assez longtemps duré, sans que la question ait fait un pas en avant. La nouvelle commission, après avoir été témoin des expériences contradictoires, produira, espérons-le, un rapport dont les conclusions positives feront autorité sur la matière, et nous apprendront de quel côté paraît être la vérité, ou du moins la vraisemblance.

Election. — M. Daremberg est nommé membre correspondant national de l'Académie.

***

Les services d'accouchements dans les hôpitaux.

Nous avons annoncé dernièrement (no 5, p. 50) que le Conseil municipal de Paris avait voté : 1o la création de services *spéciaux* d'accouchements; 2o la mise au concours de quatre places de médecins-accoucheurs pour diriger ces services ; et nous avions applaudi sans réserve à cette mesure, au nom de l'enseignement et de l'humanité. La presse médicale s'est beaucoup occupée

de cette innovation, et il paraît que tous nos confrères ne partagent pas notre manière de voir : tous sont d'accord avec nous pour reconnaître le défaut d'organisation que présentent les services *annexes* d'accouchements dans nos hôpitaux ordinaires; mais quelques-uns réclament contre l'introduction d'une nouvelle catégorie de médecins dans les services hospitaliers. On prend pour texte et pour prétexte de ces réclamations les intérêts des chirurgiens du Bureau Central; on craint, en effet, que les accoucheurs n'empiètent sur le domaine de la chirurgie gynécologique, et on affirme que les chirurgiens du Bureau Central sont tous d'excellents accoucheurs et que c'est à eux que doivent être confiés les services nouvellement créés.

Si vous joignez à ces motifs d'intérêt privé le doute injurieux que l'on n'hésite pas à émettre sur la capacité et l'habileté des futurs médecins-accoucheurs, vous aurez tout un plaidoyer, en faveur des chirurgiens, qui ressemble assez à un plaidoyer *pro domo suâ*. Ce sont là de *petites* questions qui ne peuvent nous émouvoir, nous qui ne considérons que l'intérêt général, et nous gardons notre opinion qui, d'ailleurs, est celle de bien des gens compétents : de M. le professeur Pajot, entre autres.

Nous nous rappelons, en effet, que, durant le cours de nos études, nous avons fréquenté un des grands hôpitaux de Paris, où fonctionne un service *annexe* d'accouchements : il ne nous a jamais été donné de voir le chef de ce service faire un accouchement; c'étaient toujours les internes (quelquefois les filles de salle) qui se chargeaient de la besogne, et, dans les cas difficiles, on allait quérir un accoucheur dans le quartier. Nous n'avons jamais entendu dire qu'on se fût adressé aux chirurgiens, fort éminents cependant, qui avaient un service dans l'hôpital même; et jamais aucun d'eux n'a revendiqué son *droit* à l'intervention. Aux critiques, *un peu* mesquines peut-être, que nous rapportons, il nous est bien permis d'opposer la lettre suivante du professeur Pajot qui vient corroborer nos assertions avec tant d'à-propos. Cette lettre est adressée à un des écrivains qui combattent le plus vivement la réforme urgente que nous sollicitons de toutes nos forces.

Monsieur le rédacteur,

Contrairement à l'assertion *incxacte* de M. Humbert, j'ai été plusieurs fois appelé dans les hôpitaux de Paris, pour terminer des accouchements difficiles, « *non pas en l'absence du chef de service* », mais j'ai opéré EN PRÉSENCE du chef de service.

Il y a quarante ans que je demande la médecine, faite par les médecins ; la chirurgie, par les chirurgiens ; les accouchements, par les accoucheurs, *mais tous nommés par leur concours spécial*, comme à la Faculté.

Cette proposition, aussi monstrueuse que paradoxale, n'a, je le reconnais, aucune chance d'être écoutée.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de ma considération très distinguée.

Ch. PAJOT.

Il nous serait facile de développer plus longuement les considérations humanitaires qui auraient dû depuis longtemps faire changer ce triste état de choses ; mais c'est surtout au point de vue de l'enseignement que nous voulons nous placer. Pour cela, il suffit de nous rappeler le temps où nous étions nous-même étudiant : notre histoire est celle de bien d'autres.

Parvenu à la fin de nos études, et au moment de quitter les hôpitaux, nous avons visité différents services pour tâcher de nous instruire sur la question si importante des accouchements, et nulle part nous n'avons trouvé l'enseignement que nous cherchions. L'entrée de la Maternité étant interdite aux futurs docteurs (!) et réservée aux élèves sages-femmes, restait la clinique de la Faculté; mais le nombre des auditeurs était tel, que chacun d'eux ne pouvait guère être appelé à examiner une femme que tous les dix ou quinze jours. Quant à faire un accouchement, il n'y fallait pas songer : c'est alors que nous nous vîmes obligé de suivre un cours particulier et d'acquérir *à nos frais* l'instruction que la Faculté et les hôpitaux ne pouvaient nous donner. Nous ne croyons pas que l'état des choses se soit beaucoup amélioré depuis : c'est pourquoi nous avons mis tant d'empressement à accepter la nouvelle réforme.

Resterait à examiner la question des intérêts des chirurgiens ; mais nous ne voyons pas en quoi ces intérêts seraient lésés par une réforme qui consisterait à attribuer à des hommes absolument *spéciaux* des services qui ne comprendront *spécialement* que des *accouchements* et des suites de couches, alors surtout que presque tous les chirurgiens se sont désintéressés de ces études et qu'aujourd'hui même il en est très peu qui cherchent à se *spécialiser* dans cette direction. Du reste, Velpeau lui-même, qui *savait* les accouchements, réclamait déjà à son époque la création de services d'accouchements dirigés par des *accoucheurs*, et nous recommandons à nos confrères de lire, dans le traité des accouchements de ce chirurgien (T. 1, notice historique, p.

CXVIII à CXXI), tout le long développement qu'il consacre à cette question.

Nous ne croyons pas devoir discuter une dernière objection que nous avons signalée en passant et qui met en doute l'habileté opératoire des accoucheurs; nous avons dit qu'elle nous semblait injurieuse, étant donné l'état actuel des choses. Il suffit d'ailleurs, pour être bien renseigné à ce sujet, d'avoir suivi les derniers concours d'agrégation pour la chaire d'accouchements à la Faculté de Paris; il était facile de juger du nombre et de la valeur des candidats.

Peut-être trouvera-t-on que nous nous sommes bien longuement étendu sur une question de détail. Mais le sujet nous a paru si important que, nous nous serions reproché de l'avoir écourté, d'autant plus que certains indices semblent annoncer que l'Administration de l'Assistance Publique, poussée par le grand amour qu'on lui connaît pour tout ce qui est réforme et progrès, ne paraît pas porter dans son cœur le projet du Conseil Municipal : *Di, talem avertite casum!* Dr J. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

DU PANSEMENT DES PLAIES

(*Suite.*)

OBSERVATION I.

E. G. trente cinq ans, d'une constitution saine et robuste, n'ayant jamais été malade, se fait prendre la main droite dans un engrenage, le 14 octobre 1880. A notre arrivée, nous constatons un arrachement du petit doigt et du cinquième métacarpien qui est fracturé vers son tiers inférieur. Le bord cubital de la main est en lambeaux. Le long du premier métacarpien est une plaie de quatre à cinq centim., qui permet de découvrir l'os et de constater sa dénudation. Il y a effraction de la peau, au niveau de l'éminence thénar et saillie des muscles déchirés qu'il est à peine possible de réduire.

Une plaie transversale de 5 à 6 centim., et n'intéressant que la peau, se voit à la paume de la main, le long du pli cutané inférieur. Il y a encore plusieurs petites plaies cutanées qui perdent de leur importance en présence d'un pareil traumatisme.

L'hémorrhagie provenant des collatérales du petit doigt est facile à réprimer.

Après avoir détaché le cinquième métacarpien au niveau de sa fracture, nous régularisâmes la plaie et posâmes des sutures à points séparés sur les lambeaux capables d'être rapprochés et unis. Les autres solutions de continuité, ayant été réunies le mieux possible, au moyen des mêmes sutures, nous procédâmes au pansement.

Pansement. Après avoir couvert les plaies, de charpie imbibée d'eau phéniquée à 2,50 0/0, nous appliquâmes par dessus une couche d'ouate remontant jusqu'au dessus du coude, et nous comprimâmes le tout au moyen d'une bande bien serrée, en annonçant à la famille que nous ne ferions la levée du pansement que huit jours plus tard.

Le blessé n'eut pas de fièvre le jour même ni les jours suivants et n'éprouva presque pas de douleur.

C'est à peine si le sommeil et l'appétit furent dérangés le premier et le deuxième jour. Huit jours après l'accident, l'appareil fut enlevé. Les plaies qui avaient pu se réunir étaient réunies. Quant à celles dont l'affrontement n'avait pu être exactement fait, et qui, par suite de la gangrène des lambeaux étaient restées découvertes, elles étaient belles, d'un rouge vif, granuleuses; il n'y avait pas trace de gonflement et presque pas de suppuration.

Après avoir enlevé les sutures et excisé les parties mortes, nous fîmes un nouveau pansement semblable au premier. Le même pansement fut appliqué les jours suivants pendant cinq jours, jusqu'à l'élimination complète des tissus morts.

Après quoi nous remplaçâmes la solution phéniquée par l'alcool camphré, afin d'activer la réparation et de faire bourgeonner la plaie jusqu'à égalisation des surfaces.

Après un mois de soins, le blessé était guéri et commençait à se servir de sa main.

Après la levée du premier pansement, comme nous faisions la toilette des plaies au grand air, nous pûmes constater que la main gonflait et que le blessé commençait à souffrir. Mais ce petit incident n'eut pas de suites. Lorque le pansement fut réappliqué, les douleurs cessèrent et aucune inflammation ne vint compliquer l'état de la plaie. Mais, par exemple, le lendemain de l'accident, alors que la plaie était dans sa première période, cette impression irritante de l'air ambiant aurait pu peut-être entraver la marche naturelle des choses et détourner le processus inflammatoire de sa tendance à la guérison, pour porter son action vers les parties profondes où une inflammation dangereuse se serait déclarée.

Cette supposition est possible et ne se réalise que trop souvent dans les cas où le pansement est défait et refait chaque jour. Dans le cas dont il s'agit, si l'action de l'air ne fit pas dévier le travail inflammatoire de sa marche naturelle, c'est qu'au moment où le pansement fut levé, la plaie était déjà dans sa deuxième période, que l'inflammation s'était pour ainsi dire éteinte pour faire place au travail de réparation, et qu'il n'est pas dans le génie de la plaie de s'enflammer ou d'enflammer les régions voisines, au moment où elle se répare.

OBSERVATION II.

D., âgé de 46 ans, très robuste, n'avait jamais été malade, quand le 14 février 1879, il reçut dans la main gauche, un coup de feu qui lui enleva tous les doigts sauf le pouce, dont le métacarpien était broyé et lui laissa la main en lambeaux. Il n'y

avait rien de mieux à faire que d'emporter ce moignon informe et inutile. Assisté de notre confrère et ami, le Dr Hamaide, nous fîmes la désarticulation du poignet (1), et, ayant exactement affronté les bords de la plaie, nous les réunîmes au moyen de fil d'argent.

Pansement. — Charpie imbibée d'alcool phéniqué; couche d'ouate, taffetas et bande compressive. Le blessé continua à boire, manger et dormir comme d'habitude. Il n'eut pas de fièvre ni de douleur. Le lendemain il commença à se lever et sortit le 3e jour. Confiant dans la réunion immédiate, nous enlevâmes le pansement, le 5e jour après l'opération : La plaie était bien réunie. Après avoir ôté les sutures et quelques fils à ligature, nous recommençâmes le même pansement que nous dûmes renouveler 2 fois, dans la suite, à 3 ou 4 jours d'intervalle.

Le 13e jour, nous eûmes recours au diachylon et au nitrate d'argent, pour mener à bonne fin une cicatrisatien qui était complète le 20e jour.

OBSERVATION III.

J. B. âgé de 16 ans, que nous voyons pour la première fois au mois de février 1880, avait eu 5 ans auparavant une ostéo-périostite du tibia droit. Il était né avec une constitution délicate et entachée de scrofule. Blond, pâle, peu développé, il traînait depuis 5 ans un tibia nécrosé, dont l'extrémité épiphysaire supérieure faisait saillie à travers la peau. Le genou était ankylosé dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension. La suppuration qu'entretenait la nécrose du tibia, affaiblissait beaucoup le malade déjà peu vigoureux et répandait autour de lui une odeur infecte qui éloignait de lui tous ses camarades.

Nous décidâmes bien vite l'enfant, très-énergique du reste, à se laisser faire l'amputation de la cuisse, qui nous parut être la seule ressource à employer contre un tibia mort et une articulation certainement malade.

Aidé de nos confrères Hamaide et Leroy, nous fîmes le 11 mars 1880 l'amputation circulaire de la cuisse au 1/3 inférieur, après anesthésie.

Les vaisseaux furent liés, les bords de la solution de continuité rapprochés et maintenus par des sutures, le paquet de fils à ligature placé à l'angle le plus déclive de la plaie.

Pansement. — Nous appliquâmes sur le moignon une épaisse couche de charpie imbibée d'eau phéniquée, à 2,50 0/0; par dessus la charpie, de larges et épaisses bandes d'ouate et une bande de toile pour comprimer le tout.

Le jeune amputé, tout heureux d'être débarrassé de sa jambe, souffrit peu et dormit bien.

La fièvre passa inaperçue. Le troisième jour, il commença à manger confortablement, prit de l'huile de foie de morue et parut se porter mieux que jamais. Le pansement resta en place pendant dix jours, sans dégager d'odeur trop incommode. Le dixième jour, nous l'enlevâmes. La charpie esséchée formait, autour du moignon, une calotte compressive qui n'avait pas peu contribué à la réunion des parties profondes. Nous détachâmes la charpie avec précaution, après l'avoir imbibée d'eau tiède, dans la crainte d'écarter les bords de la plaie, qui bientôt apparurent parfaitement réunis et couverts de bourgeons charnus. Quant au moignon, il ne présentait pas le moindre gonflement ni la moindre rougeur. Après avoir ôté les sutures et quelques fils, et nettoyé le moignon, nous réappliquâmes le même pansement.

Dans la nuit qui suivit, le blessé souffrit un peu de son moignon : nous crûmes devoir attribuer cette souffrance, qui, du reste, cessa bientôt, à la décompression du moignon et au tiraillement des tissus qui suivit la levée du premier appareil.

Le pansement fut renouvelé encore une fois, cinq jours plus tard. Le quinzième jour après l'amputation, le malade put se lever et il sortit le dix-huitième jour, avec un premier pansement au diachylon.

Dix jours après, la cicatrisation était complète et le jeune malade, en parfaite santé.

REFLEXIONS.

Le pansement, tel que nous le pratiquons, est donc facile à exécuter : il peut être confectionné rapidement : il n'exige qu'une quantité d'ouate relativement faible et, malgré cela, il prend peu d'odeur. Il nous a donné de bons résultats, dans les observations qui précèdent, en mettant nos blessés ou opérés à l'abri de complications de toutes sortes. La douleur a été presque nulle ; la fièvre inappréciable; le sommeil et l'appétit assez bien conservés.

Avec ce pansement, les transports et déplacements sont rendus facilement supportables.

Cette dernière considération ne serait pas à dédaigner sur un champ de bataille. Aussi, pensons-nous que notre méthode serait très-applicable aux blessés de guerre. Elle se rapprocherait assez des vues de M. le professeur Verneuil, qui, dans une de ses dernières et belles leçons cliniques, parlait de simplifier, en cas de blessure de guerre, le pansement ouaté de M. Guérin, considéré comme trop encombrant et trop long à exécuter sur le champ de bataille.

Dr Séjournet (*Membre fondateur*).

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Notes de clinique médicale infantile, d'après une conférence de M. Jules Simon.

De l'alcool en thérapeutique. — Son emploi chez les enfants.

I

L'emploi méthodique de l'alcool en thérapeutique, ne remonte pas à de longues années; son histoire est donc courte.

Pendant que Broussais s'obstinait à voir partout l'inflammation et prescrivait des saignées à

(1) Désarticulation radio-carpienne, selon la méthode elliptique.

outrance, des esprits distingués tels que Louis, Laennec, Chomel, se laissant guider par une plus saine observation des faits qui se passaient journellement sous leurs yeux, constatèrent que certaines maladie, se traduisaient surtout par une tendance à l'adynamie, et que dans ces cas, il y avait lieu de chercher à donner au corps de nouvelles forces plutôt que de l'épuiser par la saignée. On commença donc à donner l'alcool dans quelques-uns de ces cas, et surtout dans la pneumonie avec collapsus.

Néanmoins ce n'étaient là que des essais timides, et l'on semblait vouloir sonder encore le terrain avant de se lancer dans une voie nouvelle que toutes les théories régnant à cette époque démontraient comme hérissée de dangers, lorsque Todd, en Angleterre prescrivit l'alcool à hautes doses, et en fit la base d'une véritable méthode de traitement. Les théories pessimistes s'évanouirent bientôt devant l'évidence des faits. Des expériences bien dirigées confirmèrent les résultats acquis, et l'alcool entra réellement dans la thérapeutique.

On peut donner l'alcool sous diverses formes, telles que : eaux-de-vie, vins ordinaires, vin de Malaga, du Midi, de Bordeaux, de Champagne, bières, etc.

L'*eau-de-vie* naturelle est très-rare aujourd'hui, et il est bien difficile de pouvoir s'en procurer. Celle qui a cours dans le commerce s'extrait des pommes de terres, des betteraves, des graines, et contient des principes nuisibles à l'économie. Les diverses liqueurs désignées sous le nom de chartreuse, kummel, bitter, curaçao etc., se fabriquent avec des alcools artificiels.

Les *vins* présentent les effets atténués de l'alcool, mais il faut tenir compte des propriétés qu'ils doivent à la présence des autres principes qu'ils contiennent. Les vins d'Espagne sont les plus alcooliques; le Bordeaux l'est moins, et produit de très bons effets. Le Champagne, en raison de son acide carbonique trouve son emploi dans certaines formes de dyspepsie ; les vins sucrés comme le Malaga, le Bagnols sont particulièrement indiqués dans la convalescence.

La *bière* est une boisson fermentée faite avec le houblon et l'orge. Elle contient outre l'alcool et l'acide carbonique, un peu de glycose et des principes amers. L'emploi qu'on fait du buis, de la gentiane et de quelques autres substances pour accentuer l'amertume de la bière rend cette boisson désagréable et quelquefois dangereuse. Les Anglais ajoutent dans ce même but, de la fausse angusture, qui en raison de la strychnine qu'elle contient, fait de ce genre de bière, une boisson stimulant les fonctions digestives. Les bières d'Outre-Manche contiennent beaucoup d'alcool.

Le *vin de quinquina* se compose de vin proprement dit et d'une teinture de quinquina. Il est donc très riche en alcool et quand on l'emploi dans la dyspepsie, il doit être étendu d'eau, parce qu'on pourrait déterminer une irritation des voies digestives et aller à l'encontre du but qu'on se propose.

Propriétés de l'alcool. On a beaucoup discuté, pour savoir si l'alcool devait être considéré comme un aliment, s'il était stimulant, s'il abaissait la température. Il peut produire tous ces effets à la fois. A dose modérée, il excite le système nerveux ; à dose toxique il déprime les forces physiques et intellectuelles. La question des transformations de l'alcool dans l'organisme est loin d'être élucidée. On peut affirmer que, sous son influence, l'acide carbonique expiré par le malade diminue ; il en est de même de l'urée. Ce fait prouve que les combustions organiques sont moins actives.

La température diminue, comme on peut s'en assurer au moyen du thermomètre : la différence peut être de plusieurs degrés. D'un autre côté, si le corps, sous l'influence de l'air extérieur, est considérablement refroidi, l'alcool, à doses modérées le réchauffe, et tend à le ramener vers la température normale: c'est pour ces raisons que l'alcool a reçu le nom de régulateur de la température.

L'homme qui prend journellement une petite quantité d'alcool, augmente de poids, ce qui prouve que cette substance est un aliment ; on peut retirer de ce fait, des indications pour le traitement de l'obésité et de la maigreur extrême.

En résumé, l'alcool agit comme excitant, comme régulateur de la température, comme aliment d'épargne. Sans doute il y a encore bien des *desiderata* au point de vue de son action physiologique, mais bornons-nous aux points qui précèdent, parce qu'ils sont démontrés par la clinique.

Absorption de l'alcool. — Elle se fait principalement par l'estomac. Lorsque l'alcool est très concentré, il détermine d'abord une irritation de l'estomac qui peut aboutir après un temps plus ou moins long à une gastrique chronique. Très-avide d'eau, l'alcool provoque une hypersécrétion de la muqueuse des voies digestives, ce qui explique les diarrhées survenant chez des individus qui auront fait de trop copieuses libations. L'alcool, pour être bien supporté de l'estomac, doit être étendu d'une certaine quantité d'eau.

L'arbre aérien constitue encore, une voie puissante d'absorption de l'alcool et des éthers œnanthiques. Ce fait est facile à constater dans les cuves des vendanges et dans les caves. L'action des bains de vin doit aussi s'expliquer de cette manière.

Action de l'alcool : 1° *Sur la circulation.* — Il agit de deux façons. A dose modérée, il accélère le pouls, lui donne de l'amplitude, diminue la tension du sang, pendant que les vaisseaux périphériques sont dilatés. — A haute dose, il ralentit la circulation ; le pouls devient petit et mou, les capillaires se contractent. On retrouve presque tout l'alcool dans le sang. Les globules sont déformés et s'altèrent rapidement sous le champ du microscope.

2° *Respiration.* — De petites doses d'alcool l'accélèrent, tandis qu'elle se ralentit lorsque ces doses sont portées trop loin.

3° *Système nerveux*—L'alcool détermine une extacition du système nerveux qui fait disparaître toutes traces de fatigues physiques ou morales;

mais lorsqu'il est pris en trop forte proportion, il rend le cerveau paresseux, incapable d'un travail intellectuel, la parole s'empâte, il peut y avoir du délire, et une diminution considérable de la motilité et de la sensibilité. Qu'on nous permette ici de faire une remarque à propos des trop fervents disciples de Bacchus. On répète d'une façon banale qu'il y a un dieu pour les ivrognes et l'on a surtout en vue l'impunité dont ils semblent jouir lorsqu'ils font *une* chute, je devrais dire *plusieurs*, car elles ne sont pas rares. A l'état normal, un individu qui tombe, cherche à atténuer les effets de sa chute; c'est un bras ou une jambe qu'il porte instinctivement en avant ou en arrière pour amortir le coup. Il en résulte souvent des fractures de ces membres. L'ivrogne, tombe tout d'une pièce et comme une masse ; les fractures sont relativement rares chez lui.

L'alcool tend à congestionner l'encéphale; il stimule les circonvolutions cérébrales, mais à mesure que la quantité absorbée approche des doses toxiques, l'anémie succède à la congestion primitive et l'affaissement du système nerveux remplace l'excitation.

II

Emploi de l'alcool chez les enfants.

Le mode d'administration et les doses de l'alcool varient avec l'âge de l'enfant.

Nouveau-nés. — Chez les enfants qui viennent de naître, l'alcool est parfois indiqué. Après un accouchement laborieux, il arrive souvent que le nouveau-né semble à moitié asphyxié, et incapable de respirer. Pratiquez, dans ce cas, la respiration artificielle, et plongez l'enfant dans un bain de vin. Que si la respiration se fait un peu, sans que toutefois le petit être puisse têter, mettez une cuillerée à dessert de vin de Malaga, dans un verre à bordeaux rempli d'eau sucrée. Administrez tous les quarts d'heure une cuillerée à café de cette composition, en ayant soin de faire couler le liquide goutte à goutte dans la bouche de l'enfant, et en lui renversant un peu la tête, de façon à ce que ce petit cordial vienne exciter toute la paroi du pharynx. — Plus tard quand un enfant après une nuit d'insomnie montre de la répugnance à prendre le sein, un peu de malaga, donné comme il a été dit plus haut suffit pour le remettre complétement d'aplomb.

Passons à l'emploi de l'alcool dans les maladies proprement dites.

Maladies des voies respiratoires. — L'alcool est surtout indiqué dans la bronchite capillaire, la pneumonie et la broncho-pneumonie. Tous les médicaments qui dépriment les forces tels que : aconit, kermès, polygala, etc., vont directement à l'encontre du but qu'il faut se proposer, c'est-à-dire de soutenir les forces du patient.

On peut donner de 15 à 20 gr. d'eau-de-vie par jour à l'enfant ou encore 40 à 50 gr. de malaga. On fractionne par petites doses toutes les heures. Dans la laryngite aiguë, la lanrygite striduleuse, l'inflammation des grosses bronches et des moyennes, l'alcool ne convient pas ; tout au plus pourrait-on le donner à la fin de ces maladies, dans le but de relever les forces.

Les maladies chroniques des voies respiratoires comportent d'une certaine manière l'emploi de l'alcool. Il sert à titre de stimulant et d'aliment d'épargne dans la bronchite chronique, l'adénopathie bronchique, la phthisie même.

Maladies des voies digestives. — *Angine.* — Aucune forme d'angine ne demande l'emploi de l'alcool, excepté l'angine couenneuse contre laquelle il faut s'en servir comme topique et comme médicament à l'intérieur. On mettra dans un verre d'eau chaude, une ou deux cuillerées de vin ordinaire ou de vin aromatique, et l'on obtiendra un mélange qui sera utile en pulvérisation au fond de la gorge. En outre, les vins de toute espèce, l'eau-de-vie, le café, le thé conviennent à l'intérieur. Il faudra s'abstenir de faire des applications de vésicatoires ou de sangsues, et se garder d'administrer à l'excès des vomitifs et des purgatifs.

Chez les enfants *dyspeptiques*, atones, sans forces, il sera bon de donner, au commencement des repas, un peu d'alcool sous forme de malaga, de quinquina, de vin de Bugeaud, en ayant soin de couper avec un peu d'eau.

Il y a des enfants pâles qui ont besoin d'être réconfortés ; ils sont facilement jaunes, souvent constipés. Dans ces cas, l'alcool en traversant le foie à haute dose, pourrait déterminer de la polycholie, un peu de congestion hépatique; les liqueurs spiritueuses seront alors avantageusement remplacées par l'eau de Vals.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une diarrhée cholériforme, on donne généralement du laudanum, du diascordium, du bismuth : ces agents suffisent d'habitude pour enrayer la maladie ; mais si elle résiste, on obtiendra de bons effets de l'alcool employé simultanément en potion et en frictions à l'extérieur. Disons en passant que le thé fortement alcoolisé donne de très-bons résultats dans la cholérine des adultes.

Fièvres. — Plus la température est élevée, plus il faut donner de l'alcool. Il agit comme aliment d'épargne et comme agent diminuant la température. Le seul inconvénient que cette médication présente, c'est de diminuer la sécrétion urinaire; il faut tâcher d'y remédier en administrant de temps à autre un léger purgatif. On donnera de grands lavements pour entretenir la liberté du ventre. Ajoutez des frictions alcooliques sur la peau qui se trouve ainsi stimulée et rafraîchie ; nettoyez de la même façon la bouche et les lèvres. On calme ainsi le délire, les phénomènes ataxiques s'atténuent, et les forces sont relevées.

Dans la convalescence de toutes les maladies d'un peu longue durée, l'alcool est nettement indiqué.

Rhumatisme articulaire aigu. — On a essayé de le traiter par l'alcool, mais il ne semble pas qu'on ait obtenu de bons résultats. Le meilleur traitement consiste dans l'administration du salicylate de soude à la dose de 0,75 cent. d'abord, puis 1 gr. à 1 gr. 1/2 suivant la tolérance de l'enfant. On peut avoir recours aussi à la teinture de digitale à la dose de 10 gouttes, au sulfate de quinine à la dose de 0,50 centig. Par ces moyens on diminue la douleur, et l'on abrège la maladie.

Anémie. — S'il s'agit d'une anémie se ratta-

chant à une perte de sang assez notable, l'alcool est le meilleur moyen de rétablir les forces.

Lorsqu'on aura affaire à un état de cachexie profonde, intime, chronique, on donnera encore de l'alcool. Voici du reste en peu de mots le traitement qu'il convient d'instituer. Mettons au premier rang une bonne hygiène. Tous les matins, administrez un sirop apéritif amer, ou du sirop antiscorbutique avant le premier repas. Prescrivez aussi du vin de quinquina au moment où l'enfant prend des aliments, en ajoutant un peu d'eau à la préparation alcoolique. Au-dessous de deux ans, les astringents comme le vin de quinquina doivent être proscrits. Pendant l'hiver on fera prendre un peu d'huile de foie de morue. Dans un verre contenant du vin ou de la bière d'extrait de malt, versez d'abord quelques gouttes de cette huile; on augmentera progressivement la dose pour déterminer l'accoutumance. Les enfants bilieux ont une tendance à la congestion hépatique, et pourraient mal supporter l'alcool. Il convient de le suspendre un jour ou deux par semaine et l'on profitera de ces jours de répit pour prescrire un petit laxatif sous forme de magnésie ou de sirop de nerprun.

Rachitisme et scrofule. — Le traitement précédent est applicable à ces affections, en ayant soin d'ajouter les phosphates, les bains sulfureux, les bains de mer, ou tout au moins des frictions alcooliques stimulant la peau.

Chlorose. — Prescrire des substances amères, l'alcool avant chaque repas. Vers douze ou quatorze ans on pourra joindre à ces moyens, l'hydrothérapie, le massage, l'exercice, les préparations ferrugineuses. Le fer peut s'administrer de diverses façon. On pourra donner par exemple l'eau d'Orezza, coupée avec de l'eau ordinaire pendant quelques jours, le sesquicarbonate de fer en pilules, une pincée, avant chaque repas d'un mélange par parties égales de sous-carbonate de fer et de rhubarbe, le lactate de fer, le fer réduit par l'hydrogène, le tartrate ferrico-potassique etc. Il faudra bien examiner l'état de la poitrine, car s'il y avait une tuberculose, le fer et les douches détermineraient des hémoptysies.

— L'alcool sera encore utile aux enfants ayant une *malformation du cœur*, dans *l'asystolie*, dans *l'hypertrophie* passive, dans *l'atonie* du système capillaire.

CONTRE-INDICATIONS.

1° Maladies nerveuses cérébrales, lorsque l'enfant a un caractère irritable, dans l'éclampsie, la sclérose, les accidents épileptiques ou choréiformes, etc.

2° Affections aiguës de la peau: érythème, eczéma, etc., ou même chroniques, dans la diathèse rhumatismale.

3° Chez les enfants issus de parents goutteux.

Inutile d'ajouter que l'alcool est contre-indiqué dans les autres cas mentionnés déjà dans le cours de cette leçon.

Dr E. S.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Médecine cantonale.

Monsieur le Dr Gautier (de Mamers), a publié sous ce titre: *Considérations sur l'organisation de la médecine cantonale dans le département de la Sarthe*, une brochure, où sont judicieusement exposés les avantages et les inconvénients de ce service. La résumer nous paraît une œuvre utile à nos confrères dans ce moment où la question de la médecine cantonale est à l'ordre du jour.

Rappelons d'abord le règlement de la médecine cantonale dans la Sarthe. Le département est divisé en un nombre illimité de circonscriptions à chacune desquelles est attaché un médecin *cantonal*, nommé par le préfet, et qui a droit à une indemnité annuelle accordée sur les fonds votés pour cet objet par le Conseil général.

Des pharmaciens *cantonaux*, nommés aussi par le préfet, délivrent gratuitement aux pauvres les médicaments prescrits: chaque année ils fournissent un mémoire établi suivant un tarif spécial et acquitté par les percepteurs sur les fonds des communes.

Une commission de trois membres choisis parmi les médecins du Mans, nommée par le préfet et désignée sous le nom de *comité consultatif de la médecine cantonale*, établit le chiffre de l'indemnité accordée annuellement à chaque médecin *cantonal*, approuve, après vérification, les mémoires des pharmaciens *cantonaux*, et donne son avis au préfet sur toutes les questions relatives au service.

Toutes les communes du département — en ce qui concerne le service médical et pharmaceutique des pauvres — sont soumises au règlement de la médecine cantonale.

Le médecin et le pharmacien cantonaux *seuls* peuvent gratuitement visiter les indigents de leur circonscription ou leur fournir des médicaments. Le médecin *non cantonal* qui donnerait ses soins aux pauvres n'a pas plus droit à une indemnité que le pharmacien *cantonal* qui exécuterait son ordonnance. Il en est de même pour le pharmacien *non cantonal* qui fournirait des médicaments prescrits par un médecin *cantonal*.

Cette organisation, qui date de 1855, présente sans doute quelques avantages. Elle assure aux pauvres des soins gratuits et d'autant plus assidus que les circonscriptions seront établies dans le rayon de la clientèle ordinaire du médecin cantonal; elle procure à ce médecin la rémunération de services qui, sans elle, seraient gratuits pour lui. Mais que de désavantages elle entraîne!

Le médecin devient un *fonctionnaire* soumis à l'autorité du préfet et du comité consultatif. Il doit obéir à toute réquisition des malades inscrits sur la liste des indigents de chaque commune de sa circonscription ou à celle du maire de cette commune. Combien de fois ne sera-t-il pas dérangé de ses occupations, obligé de délaisser des clients fidèles et sympathiques pour des malades qui n'auraient pas réclamé sa visite, si elle n'avait été gratuite et qui souvent auraient pu venir le consulter chez lui. Le maire pourra-t-il juger de l'opportunité de sa réquisition? le cherchera-t-il même? Ne voit-on pas, comme le Dr Gautier, des clients venir payer les honoraires qu'on leur a récla-

més avec un certificat d'indigence délivré complaisamment par le maire ? — Les pauvres s'imaginent que nous leur devons nos soins gratuits : il sont les plus exigeants de tous nos malades. — Et cependant tout n'est pas avantage pour eux.

Il ne leur est pas permis de choisir leur médecin : le médecin officiel a seul qualité pour les soigner, qu'il leur déplaise ou non. Si le médecin et le client ont l'un contre l'autre quelques griefs sérieux, la position devient intolérable.

Qu'un cas grave et urgent se présente et que le médecin officiel soit absent, il faudrait recourir à un autre médecin cantonal souvent trop éloigné pour qu'on songe à l'appeler (car le temps presse), et qui du reste pourrait refuser ses soins. On s'adressera donc naturellement à un médecin non offici l, mais voisin, qui viendra par humanité, sachant qu'il n'a droit à aucune indemnité mais exposera le malade à payer les médicaments prescrits ou le pharmacien à perdre le prix de ses fournitures.

Qu'un médecin cantonal meure ou quitte la localité sans être immédiatement remplacé, et les pauvres de la circonscription entière sont privés des bienfaits de la médecine cantonale. C'est ce qui arrive à ceux qui habitent les cantons où il y a des médecins, mais non un médecin *officiel*. Il est facile de prévoir que ces situations peuvent devenir, ce qui est arrivé, la source de conflits entre l'autorité préfectorale et les municipalités. Mais d'autres considérations montrent encore les défauts de cette organisation.

Le règlement impose au médecin cantonal d'adresser, chaque année, au préfet un rapport sur le nombre de visites faites par lui, sur celui des consultations, des opérations qu'il a pratiquées, sur les cas les plus remarquables observés dans sa pratique, sur les mesures hygiéniques qu'il croit devoir conseiller, etc., ce rapport est soumis au *Comité consultatif* (nommé par le préfet), dont les médecins cantonaux auront à subir les appréciations plus ou moins bienveillantes (*invidia medicorum pessima*) et les décisions. Que penser de celle-ci, par exemple : « Le chiffre de l'in« demnité annuelle ne sera plus basé seulement sur « l'importance des soins accordés aux pauvres, mais « encore sur la manière plus ou moins correcte dont « les médecins auront rédigé leur rapport, sur l'éco« nomie résultant du bon marché des médicaments « prescrits, etc., etc. (Recueil des actes administratifs « 1875, p. 176). » Ainsi il faut faire un rapport sérieux, mais *ne pas coûter trop cher à l'administration !*

Ce n'est pas tout. L'autorité préfectorale peut déplacer un médecin de sa circonscription *sans son consentement*, quelque préjudice que cette mesure puisse causer à des intérêts qui devraient être sacrés. Et si le médecin atteint donne sa démission, mais offre sans rémunération ses soins aux pauvres qu'il soignait officiellement jusque là, on lui répond qu'il n'est plus médecin cantonal et que dès lors les pauvres visités par lui n'auront plus droit à la gratuité des médicaments. C'est le cas du Dr Gautier après dix-huit ans de services.

Pour exercer la médecine cantonale, il faut donc se résigner à devenir un fonctionnaire, comme nous le disions en commençant. Ainsi s'expliquent les exclusions ou révocations qui viennent frapper les médecins ou pharmaciens dont les opinions politiques déplaisent à l'Administration.

Conclusions. Le vice de toute cette organisation peut se résumer en ces deux termes :

1° Le malade *n'est pas libre*.

2° Le médecin cantonal fonctionnaire du Préfet, placé sous la dépendance blessante de ses confrères du Comité *n'est pas libre*.

Pour remédier à cet état de choses le Dr Gautier propose : « L'assimilation de la médecine des pauvres « à la médecine ordinaire : le droit pour les indigents « de choisir leur médecin, la liberté pour les méde« cins de donner leurs soins à tous les malades indis« tinctement.

« Tous les médecins, tous les pharmaciens, toutes les « sages-femmes peuvent concourir au service de la « médecine des pauvres, en acceptant la réduction iné« vitable de leurs honoraires ou du prix de leurs fournitures ». — Donc plus de médecine officielle et liberté absolue pour les malades et pour le médecin.

Les membres de l'Association des médecins de la Sarthe, agrégés à l'Association générale des médecins de France, ont adopté, *l'unanimité* les idées émises par le Dr Gautier. Depuis, s'inspirant des sentiments du corps médical de son département, le Conseil général de la Sarthe, sur le rapport du Dr Cousturier membre de l'Association, a été d'avis que le *Comité consultatif de la médecine cantonale* devait désormais être élu par les médecins cantonaux du département. Le Préfet a pris un arrêté conforme.

Nous applaudissons aux efforts du Dr Gautier qui ont déterminé la transfiguration du *Comité Consultatif*; il faut espérer que ses membres élus sauront toujours se soustraire à l'influence préfectorale.

Mais la suppression du Comité qu'a proposée notre confrère est-elle si désirable? Ne pourrait-on pas, dans l'intérêt de la science et du service, conserver le comité *élu* dont *l'unique* mission serait de résumer les rapports annuels des médecins cantonaux, d'en extraire les idées ou faits importants et de désigner au Préfet ceux qui mériteraient les honneurs de l'impression ou une récompense spéciale? Que d'observations utiles seraient ainsi recueillies! Et pour faciliter la tâche du médecin, ne pourrait-on pas délivrer aux pauvres un livret sur lequel il inscrirait sa visite et noterait en même temps les points intéressants de l'histoire de son malade et ses impressions, toutes choses qu'il pourrait facilement retrouver au moment opportun?

D'autres jugeront cette petite réforme que nous croyons simple et utile.

La nouvelle organisation de la médecine cantonale, telle que la veut M. le Dr Gautier, sauvegarde entièrement les intérêts du malade mais incomplètement, il faut l'avouer, ceux du médecin : elle impose à ce dernier une réduction, en faveur des indigents, du tarif des honoraires. C'est ce que n'ont pas voulu les médecins de l'Orne (association locale, 1869). Ils font remarquer, outre que les honoraires dans les campagnes sont déjà très réduits, que : « la commune n'est pas « indigente, que les charges qui lui incombent doi« vent être réparties entre ses habitants proportionnel« lement aux facultés de chacun; que les médecins, « qui participent à toutes les charges communales, ne « peuvent sans injustice être chargés d'un impôt plus « élevé que celui que paient les autres citoyens ; enfin « que la réduction de prix, tout en étant extrêmement « onéreuse pour le médecin, ne produirait pour cha« cun des autres contribuables qu'un allègement « tout à fait insignifiant. » Pour ces motifs, les communes doivent voter une somme suffisante pour le service de leurs pauvres, sans que les médecins soient astreints à une réduction de leurs honoraires. Il n'y a pas à dresser de listes d'indigents ; il n'y a pour le médecin que : « des malades payant ses ho« noraires, soit par eux-mêmes, soit par l'intermé« diaire de la caisse municipale, en un mot de simples « clients qu'il n'a aucun motif de distinguer les uns « des autres, qu'il n'a pas à désigner plus qu'il ne dé« signe les autres. » (Ajoutons que, comme moyen de transition, le système, dit Landais, fonctionne dans le département de l'Orne).

Nous verrions volontiers la médecine cantonale

s'organiser sur de telles bases. Mais combien de temps devrons-nous attendre encore ? Le gouvernement, les corps constitués, ne savent pas combien est précaire la position du médecin qui n'a pour toute fortune qu'un diplôme laborieusement acquis. Ils ne connaissent ni les difficultés matériellesde notre vie, ni les déboires quotidiens de notre profession. A nous donc, réunis sous le drapeau du *Concours*, de faire prévaloir par tous les moyens nos droits jusqu'ici méconnus, tout en continuant à donner nos soins charitables et gratuits aux indigents, fidèles ainsi aux nobles traditions dont s'honore le corps médical tout entier !

Dr G. Mignen.
(*de Montaigu*).

II

Révision de la législation médicale

L'exercice de la médecine.

A propos de la question relative aux officier: de santé, le Dr Decouvelaer, d'Hazebrouck, écrit :

« Tout le monde sait que pour acquérir le diplôme de docteur, il faut être bachelier ès-lettres et bachelier ès-sciences, mais ce qu'on ignore, c'est que par suite d'une bienveillance spéciale de la part du Ministre de l'instruction publique, un officier de santé *possédant un baccalauréat* peut-être *exempté du second* et prendre des inscriptions de doctorat. Son plus grand mérite est d'avoir à sa dévotion quelque personnage influent.

C'est déjà un privilége injustifiable. — Mais ce qu'on sait encore moins c'est que d'autres, ne possédant que le *certificat de grammaire*, peuvent être *exemptés des deux baccalauréats* et acquérir cependant le diplôme de docteur. — C'est un abus criant!

L'élève qui, à dix-sept ans, possède le certificat de grammaire est reçu officier de santé à vingt et un ans; il exerce deux ou trois années, puis demande et obtient la dispense des deux baccalauréats; à vingt-six ou vingt-sept ans, il est docteur, c'est-à-dire aussi vite que l'étudiant naïf qui, muni de ses deux diplômes de bachelier, aura fait régulièrement ses études ! Je ne parle pas de l'économie d'argent qu'il aura réalisée et qui pourtant a sa valeur..... »

Notre confrère convient que peu ont la chance de profiter de ces faveurs ministérielles — Quel que soit le nombre de ces privilégiés, nous devons hautement protester contre une telle partialité.

Au texte formel : « *nul ne peut exercer... sans être examiné et reçu...* » la loi n'admet qu'une seule exception :

Art. 4. — Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la république.

Les médecins étrangers peuvent acquérir le titre et les privilèges de docteur français, en subissant les examens et la thèse : c'est là une chose absolument juste, et nous admettons pleinement les avantages spéciaux édictés en leur faveur (dispense d'inscriptions etc...), car le médecin étranger n'est plus un étudiant, c'est un homme instruit qui vient faire consacrer chez nous la valeur de ses connaissances.

Mais le médecin étranger peut aussi, à la seule condition d'avoir été gradué dans une université étrangère, et sans autre justification, demander et obtenir du gouvernement l'autorisation d'exercer en France.

Cette faculté, accordée au gouvernement à une époque où il y avait avantage à attirer des praticiens en France, n'a plus sa raison d'être actuellement. Et tout d'abord le gouvernement c'est-à-dire le ministre, est absolument incompétent pour apprécier la valeur des titres qui lui seront soumis, ensuite les diplômes analogues délivrés en France; ils ne sont souvent que des titres honorifiques et ne confèrent nullement le droit d'exercice dans le pays où ils ont été délivrés.

Il est inutile d'insister, et tous nous avons présents à l'esprit ces fameux diplômes des universités d'Iéna, de Philadelphie et autres lieux que des agences bienveillantes *délivraient au plus juste prix*.

Nous croyons être les interprètes du corps médical français tout entier en réclamant l'abrogation de cet article de loi.

On a objecté que, dans les pays frontières, il pouvait être utile d'avoir recours aux médecins étrangers — mais alors il doit y avoir réciprocité et les médecins français doivent pouvoir exercer sur le territoire frontière étranger. — C'est ainsi que le traité du 12 janvier 1881 a réglé, pour la France et la Belgique, l'admission réciproque des médecins établis dans les communes frontières des deux États.

En dehors de cette condition toute spéciale, nul ne doit pouvoir exercer en France s'il n'a été examiné et reçu par une faculté française. C'est d'ailleurs le droit commun que nous réclamons, puisque les médecins français ne sont pas admis à exercer dans les pays étrangers.

On verra disparaître tous ces charlatans qui, chevaliers des ordres les plus fantastiques, n'oublient de se parer que du vrai titre, qui leur convienne de *chevalier d'industrie*. — Et si des praticiens sérieux viennent en France nous faire une concurrence légitime... eh bien, ils rentreront dans le droit commun en passant, devant nos facultés, des examens qui, pour eux, ne devront pas être inabordables !

La loi se trouve singulièrement simplifiée :

A partir de la promulgation de la présente loi, nul ne pourra embrasser les professions de médecin ou chirurgien sans avoir obtenu le titre de docteur en médecine devant une faculté française.

Tout nous paraît compris dans ce seul article exécutoire pour tous : il ne souffre aucune exception, et quiconque n'est pas dans le cas qu'il édicte, exerce illégalement. Il met fin à ces disputes interminables sur la résidence, sur les droits et la responsabilité des officiers de santé; il tranche la question des médecins étrangers qui a donné lieu à tant d'abus; enfin, passant le niveau de l'égalité sur tout le corps médical, il fait disparaître une grande partie des causes de jalousie, de froissement d'amour-propre qui nous ont si longtemps divisés.

Qu'on ajoute quelques dispositions temporaires pour ménager la transition et sauvegarder les in-

térêts qui, actuellement peuvent être en jeu, — et nous ne voyons plus ce qu'on pourrait objecter.

Enfin, qu'il soit admis que, par voie diplomatique, et sur la base de la réciprocité, des traités puissent être conclus avec les Etats voisins pour assurer le service des contrées limitrophes, — et l'exercice de la médecine nous paraîtra réglé de la façon la plus satisfaisante.

Est-ce à dire que ce serait chose suffisante et que les abus dont tous nous avons à souffrir, disparaîtraient *ipso facto ?*

Nous ne le pensons pas; nous sommes persuadé que c'est contre l'exercice illégal que doivent surtout porter nos efforts? — En effet, que dit à cet égard la loi de ventôse?

Art. 35. Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie ou de pratiquer l'art des accouchements, *sans être sur les listes* dont il est parlé aux art. 25, 2) et 34, *et sans avoir de diplôme*, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Art. 36. Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du gouvernement près ces tribunaux.

L'amende pourra être portée jusqu'à 1,000 francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteurs; — à 500 francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et qui verraient des malades en cette qualité; à 100 francs pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront être en outre, condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois.

Nous n'avons pas à faire ici l'historique de l'exercice illégal et à indiquer les moyens très simples de tourner la loi qui sont journellement employés : ce serait empiéter sur le rôle de notre confrère, le Dr Huette. Examinons simplement l'état de la jurisprudence au point de vue des pénalités appliquées.

S'il y simplement exercice illégal sans usurpation de titre, la peine est une amende pécuniaire au profit des hospices. La loi n'ayant pas fixé le *quantum* de cette amende, c'est le chiffre des amendes de simple police qui est appliqué (de 1 à 15 francs). De même, la prescription est de *une année* comme dans les cas de simple police et non de trois années comme pour les délits correctionnels; ajoutons que cette prescription part du jour où la contravention a été commise. Enfin la récidive, toujours comme en matière de contravention, n'existe légalement que si, *dans les douze mois* qui ont précédé, une première condamnation a été prononcée *dans le ressort du même tribunal.*

Tout cela, il faut en convenir, est absolument ridicule et semble n'avoir pour but que d'encourager l'exercice illégal de la médecine; si l'usurpation de titre est punie un peu plus sévèrement, c'est que l'Etat défend une de ses prérogatives, et d'ailleurs celui qui exerce illégalement, n'a pas besoin de s'affubler d'un titre qui ne pourrait que le gêner. Est-ce que le pharmacien, est-ce que la sœur de charité, est-ce que le rebouteur et tant d'autres prennent un titre ? — Certes non, et, par là, ils s'assurent l'impunité, — car on ne peut désigner autrement la peine dérisoire à laquelle les condamne le tribunal.

L'Etat dit au médecin : « J'exige de toi les garanties les plus sérieuses, j'accumule les obstacles à l'entrée de la carrière que tu veux embrasser, je règle le programme de tes études de façon à être certain que tu puisses supporter la responsabilité qui va t'incomber, je t'impose des sacrifices pécuniaires considérables..... ; mais si quelqu'un, plus malin que toi, s'affranchit de la règle que je t'impose et usurpe les droits que seul tu peux avoir, je le condamne à une amende qui ne peut excéder 15 francs ; tu dois être satisfait.

S'il s'agissait d'un marchand de vin s'avisant d'ouvrir boutique sans autorisation, ce serait autre chose, — mais un médecin !

Il est inutile d'insister, et nous croyons encore être les interprètes du corps médical tout entier en proposant la rédaction suivante :

Tout individu qui exercera la médecine ou la chirurgie, sans avoir de diplôme, sera poursuivi et condamné à une amende de 300 à 1,000 francs.

L'amende pourra être portée jusqu'à 2,000 francs pour ceux qui usurperaient le titre de docteur.

L'amende sera double en cas de récidive et les délinquants pourront être en outre, condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas une année.

La peine n'est plus dérisoire comme elle était auparavant : elle revêt le caractère de *peine correctionnelle,* elle ne se prescrit plus qu'au bout de *trois années* (et cette prescription court des dernières poursuites). Enfin, la récidive entraîne une peine plus grave, *quelle que soit l'époque* où la première condamnation ait été prononcée et *quels que soient les tribunaux* qui l'aient prononcée.

Dr A. Gassot,
de Chevilly.

VARIÉTÉS

La salubrité de la ville de Caen.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur du *Concours médical.*

Dans un article sur la fièvre typhoïde que vous publiez dans votre numéro du 18 décembre 1880, je lis ce qui suit : « Je pourrais citer à l'appui de la même opinion, une ville de Normandie, où le régime des eaux est, de l'avis même des médecins, tout à fait détestable, et dont les garnisons sont successivement décimées par la fièvre typhoïde. »

Vous considérez votre proposition comme très-importante et bien établie, puisque vous la présentez comme une preuve à l'appui de la théorie des médecins anglais sur le mode de production de la maladie.

Vous avez aussi, sans aucun doute, voulu parler de la ville de Caen ; personne ne peut s'y tromper, puisqu'elle vient d'être l'objet d'une mesure exceptionnelle, de la part du ministre de la guerre, qui lui a enlevé momentanément une partie de sa garnison, et que cette mesure

a été prise pour soustraire les soldats à l'influence de la fièvre typhoïde qui régnait alors ; je pourrais ajouter encore que les nombreuses controverses auxquelles a donné lieu l'état sanitaire de notre ville, depuis quelques années, ont eu un très grand retentissement.

C'est pourquoi je viens vous démontrer que l'opinion par vous émise sur l'état sanitaire de la ville de Caen est erronée, parce que : 1o le régime des eaux dans cette ville ne mérite pas l'épithète que vous lui attribuez, et que 2o la mortalité due à la fièvre typhoïde ne s'accorde pas avec l'indication contenue dans votre article.

L'état sanitaire de la ville de Caen n'avait jamais donné lieu à aucune remarque spéciale avant 1867 ; vers cette époque, à la suite d'une épidémie cholérique, qui avait fait un nombre relativement restreint de victimes, le médecin des épidémies publia un long rapport tout plein de chiffres, mais qui se faisait surtout remarquer par le nombre considérable d'arguments, que l'auteur y avait accumulés contre la salubrité de la ville : il y en a cependant un qu'on n'y rencontre pas ; c'est celui que vous avez invoqué : il n'y est, en effet, nullement question du mauvais régime des eaux.

La société de médecine fut frappée des erreurs contenues dans le rapport du médecin des épidémies, qui d'ailleurs, exerçant depuis peu d'années, ne pouvait guère connaître de la ville, autre chose que l'hospitalité et les bienfaits qu'il en avait reçus, et dans un contre-rapport qu'elle publia, fit justice des assertions qui avaient été basées sur ces renseignements inexacts.

Mais une immense publicité fut donnée au rapport; l'auteur avait un caractère officiel ; l'administration le protégeait; aussi l'émotion très grande qui s'était produite dans le public ne s'éteignit pas.

A partir de ce moment, nous avons vu, dès qu'une nouvelle épidémie apparaissait, renaître le souvenir des idées qui avaient été si inconsidérément lancées contre l'état sanitaire de notre ville.

La fièvre typhoïde a fait de plus ou moins fréquentes apparitions dans la ville de Caen, comme dans tous les grands centres de population; elle s'y est développée et s'y est maintenue chaque fois pendant plus ou moins longtemps comme dans les autres grandes villes, et suivant les mêmes lois ; mais ici les chirurgiens militaires, ont cru devoir attribuer à la ville ou à ses casernes, une influence étiologique spéciale ; l'opinion publique émue par les exagérations de la presse est tentée d'en faire porter la responsabilité sur l'administration municipale ; et le conseil d'hygiène se voyait hier encore obligé de replacer sur son vrai terrain, cette question d'étiologie.

Je vous ferai remarquer que l'autorité militaire n'a cependant jamais blâmé notre régime des eaux, et que s'il en a été parlé dans les rapports des chirurgiens, c'était tout au plus pour exprimer le désir d'une augmentation dans la quantité des eaux distribuées par la ville.

Ces eaux proviennent de la nappe artésienne ; leur quantité journalière est de 80 litres par habitant ; leur qualité est donc inattaquable, et leur quantité assez notable déjà pour une localité qui renferme en outre un grand nombre de puits fournissant une excellente eau potable.

Quant à la proportion des décès par fièvre typhoïde afférente à notre garnison, elle est établie d'une manière positive dans un rapport que M. le docteur Fayel vient de *faire au* conseil d'hygiène, dans sa séance du 13 décembre dernier, sur l'état sanitaire de Caen, au nom d'une commission instituée pour étudier, avec l'autorité militaire, cette importante question.

Le rapporteur a compulsé les tableaux de la statistique médicale de l'armée, à partir de l'année 1875, qui était signalée, avec les années suivantes, comme ayant été très désastreuse pour la garnison, mais les tableaux des années 1878, 1879, n'ayant pas encore paru, le rapporteur a établi d'après les registres de l'administration municipale, le nombre des soldats atteints par la fièvre typhoïde pendant ces deux dernières années, et a pris comme terme de comparaison le nombre moyen des années précédentes.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé ; 1o Le nombre des entrées pour fièvre typhoïde a été, à Caen, plus élevé que la moyenne pendant les années 1875 et 1876; mais il est resté notablement au dessous de la moyenne, pendant les années 1877, 1878 et 1879; 2o Dans la période triennale 1875, 1876, 1877, qui présente un nombre relativement élevé d'entrées, la proportion des décès a été très peu au dessus de la moyenne générale de l'armée.

Je compte sur votre loyauté pour la publication de ma lettre dans votre plus prochain numéro.

Agréez, monsieur le Rédacteur, etc.

Bourienne

Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen, Conseiller général du Calvados, Conseiller municipal de Caen.

M. Bourienne n'avait pas besoin de faire appel à notre loyauté pour obtenir l'insertion de sa lettre. Le *Concours médical* n'est point le champion d'une doctrine, ou l'organe d'une coterie. Toutes les opinions, comme toutes les rectifications, y sont accueillies sous la seule responsabilité de leurs auteurs. C'est à ceux qui nous lisent d'apprécier où paraît être la vérité.

M. Bourienne conteste l'opinion que nous avons émise dans ce journal. Comme médecin c'est son droit : comme citoyen et conseiller municipal c'était presque son devoir. Pour lui la ville de Caen, — puisqu'il paraît que c'est elle qui en est cause, — est certainement calomniée. C'est sa conviction. Ce n'est point encore la nôtre, ni celle du Ministre de la guerre qui vient d'enlever à cette ville la plus grande partie de sa garnison. Bien des gens, désintéressés dans la question, penseront comme nous, qu'une mesure aussi radicale n'eût pas été prise, si l'expérience des années précédentes n'avait surabondamment démontré à l'autorité militaire que le campement sous la tente n'était qu'un palliatif insuffisant. Dr Marsh.

NÉCROLOGIE

L'association des médecins de l'Oise a fait une grande perte dans la personne du Dr Saint-Laurent qui est mort victime de son devoir. Il avait pris froid le dimanche 23 dans le cours de ses visites. Son confrère le Dr Pauthier, lui avait recommandé de se soigner activement, lui ayant reconnu

une bronchite aiguë généralisée. Saint-Laurent n'en continua pas moins à donner des consultations chez lui. Le mercredi 26, il fut pris de suffocation et succomba le 27 à 5 heures du matin avec tous les signes d'une broncho-pneumonie double. Le Dr Dufraigne, de Meaux, prévenu dès l'apparition des symptômes graves, arriva pour constater que tout espoir était perdu.

Saint-Laurent avait été un des plus brillants élèves du lycée Fontanes à Paris. Il avait été bien des fois *lauréat au concours général* et s'était distingué aussi bien dans les lettres que dans les sciences.

Pour pouvoir étudier la médecine comme il le désirait, il dut se créer des ressources personnelles et commença par la pharmacie. Il fut pendant quatre ans interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, puis externe en médecine, et *interne en médecine* à son premier concours. Pressé par sa famille de rentrer au milieu des siens, il ne fit que deux années d'internat et vint s'établir à *Acy*, où il apporta, au service des habitants de la région, un zèle et un dévouement à toute épreuve, en même temps qu'une expérience déjà grande et une somme de connaissances supérieures à celle que possèdent la moyenne des gens qui passent pour les plus instruits. Si l'on joints à ces qualités rares une rectitude de jugement et une *droiture de caractère* peu communes, il n'est pas douteux que si, notre confrère était resté sur un plus grand théâtre, il eût pu acquérir une situation des plus élevées à la Faculté et dans les Hôpitaux.

Des discours prononcés par M. le Dr Dufraigne et par les amis de Saint-Laurent, nous ne reproduirons que les quelques mots prononcés par le délégué de la population :

« Au nom des habitants de la contrée, nous venons dire un dernier adieu à notre cher médecin, qu'une mort prématurée vient de nous ravir ; à cet homme de bien, que, riches ou pauvres, nous avons toujours trouvé prêt jour et nuit, fatigué ou non, à venir prodiguer ses soins, sa science, son dévouement à ses semblables.

« Adieu, cher docteur Saint-Laurent, au nom de tous les habitants, merci de vos bons soins et adieu. »

Cet hommage sera la seule consolation que puissent accepter la veuve et les enfants du docteur Saint-Laurent. Notre savant confrère, le Dr Perier, médecin des hôpitaux, son ami d'enfance, assistait à la cérémonie.

NOTES DE THÉRAPEUTHIQUE

De l'influence de la température des solutions sur l'absorption des médicaments.

On ne trouve presque rien dans la littérature relativement à l'influence de la température des médicaments sur leur absorption : Sassesky a fait les recherches suivantes :

Les médicaments ont été introduits dans l'économie par la bouche, le rectum ou la méthode hypodermique chez des individus en parfaite santé, chez d'autres souffrant des affections suivantes : pneumonie catarrhale, bronchite, emphysème, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, gastrite, entérite, sténose œsophagienne, néphrite, rhumatisme articulaire, lumbago, sciatique, migraine, épilepsie, scorbut, syphilis, adénie, anémie. Les médicaments donnés par les deux premières voies furent les suivants :

Iodure de potassium	0, 6/30
Acide salicylique	1,25/30
Ferro-cyanure de potassium	0,24/30
Chlorhydrate de quinine	0, 6/30

Pour les injections sous-cutanées, on employa la solution d'iodure et de ferro-cyanure de potassium (0,09 pour chacune de ces substances). Les médicaments donnés par la bouche le furent dans l'état de vacuité de l'estomac. Avant d'en donner par la voie rectale on eut soin de faire prendre un lavement, et avant chaque recherche l'auteur eut soin de s'assurer que l'urine des individus en expérience ne contenait pas de traces de la substance dont il voulait étudier l'absorption.

La température variait selon le mode d'introduction des médicaments :

Pour la voie buccale, temp. moy. 36 à 40 ; pour la voie rectale, 36 à 38 ; pour la voie sous-cutanée, 36 à 37. L'urine fut examinée un peu plus tard, et l'auteur eut grand soin de bien fixer l'intervalle écoulé entre l'introduction du médicament et le premier examen. On chercha l'iodure de potassium dans la salive. Après un intervalle de trois jours et lorsqu'il se fut bien assuré qu'il ne restait plus traces de la substance dans l'urine, il donna de nouveau le médicament à la même dose que la première fois ; la seule différence venait de ce qu'il se servait d'une solution à 60 centig. Les injections sous-cutanées furent faites au même endroit que la première fois, le moment où la substance arriva dans l'urine fut également fixé de la même manière. La comparaison des résultats obtenus a permis de donner les conclusions suivantes. Dans l'introduction buccale ou rectale, *plus la température de la solution est élevée, plus l'élimination du médicament est rapide*. La différence de la rapidité de l'absorption varie de deux à quarante minutes ; elle dépend des conditions individuelles des malades et des différences de température de la solution.

Pour la voie sous-cutanée, les résultats sont moins probants. Dans dix cas, les solutions chaudes furent absorbées le plus vite ; dans quatre il n'y eut aucune différence entre les chaudes et les froides ; enfin, dans un cas seulement la solution froide de ferro-cyanure de potassium fut absorbée plutôt que la solution chaude.

Le professeur Manassein explique de la manière suivante la différence dans les cas où les médicaments sont introduits par l'estomac ; les liquides produisent une hyperémie d'autant plus intense de la muqueuse qu'ils sont plus chauds, ce qui explique pourquoi leur absorption est plus rapide (*St-Pétersbourg, Méd. Wochenschr.*, 1880, no 19, *Paris médical*.)

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
19 Février 1881 — 3me Année. — N° 8

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Après un échange d'observations, à l'occasion du procès-verbal, entre MM. *Collin* et *Pasteur*, observations se rapportant aux expériences faites par M. Pasteur et une commission de vétérinaires sur des moutons morts du charbon dans la ferme de Rouzières, près de Senlis, M. *Villemin* donne lecture, au nom d'une commission spéciale, du rapport sur les expériences d'inoculation de salive rabique présentées par M. Pasteur. Cette commission, composée de MM. Bouley, Davaine, A. Guérin, Vulpian et Villemin, s'est réunie les 3 et 4 de ce mois dans le laboratoire de l'Ecole Normale Snpérieure : mais elle a eu le regret d'être privée de la présence de M. Collin. Deux séries d'expériences ont été réalisées devant elle par M. Pasteur.

1° Deux cobayes inoculés, sous le ventre, d'une goutte de sang septique, sont morts en moins de vingt-quatre heures. L'autopsie, pratiquée devant la commission, a permis de constater les lésions suivantes : inflammation locale violente, suffusion séreuse, altération profonde des tissus ; rate molle ; présence d'innombrables microbes en bâtonnets dans la sérosité qui infiltre les tissus, tandis qu'il n'en apparaît aucun dans le sang recueilli dans le cœur.

2° Deux lapins inoculés avec *une goutte* de sang pris sur un animal mort de la maladie dérivée de la salive rabique succombent, l'un après dix-huit heures et l'autre après trente-six. A l'autopsie, turgescence du système veineux, dureté de la rate, taches et suffusions hémorrhagiques dans la trachée et les poumons ; enfin présence, dans le sang, d'une multitude de microbes en huit de chiffre, différant absolument des précédents. Enfin, remarque d'une très grande importance, le cobaye, qui partage avec le lapin une si grande aptitude pour la septicémie, se distingue de ce dernier par la résistance qu'il oppose jusqu'ici à cette maladie spéciale que M. Pasteur a fait connaître.

Témoin de tous ces faits, la commission se croit en droit de conclure que les résultats des deux séries d'expériences rapportées plus haut n'offrent rien qui autorise à identifier la maladie révélée par M. Pasteur avec la septicémie, telle qu'elle a été pratiquée en présence de la commission.

On se rappelle que la commission était saisie de deux questions distinctes : 1° septicémie et rage ; le rapport que nous venons d'analyser tranche la question et sera discuté prochainement ; 2° maladie charbonneuse ; un second rapport sera ultérieurement déposé sur ce sujet.

M. *Chatin* fait ensuite un rapport sur des cas d'empoisonnement dus à un champignon (Oronge ciguë blanche) ; puis M. Le Dentu lit un intéressant travail portant sur deux cas de néphrotomie, et intitulé : *Contribution à l'étude de l'extraction des calculs des reins*.

Tout l'intérêt de la séance s'est concentré sur une communication de M. *Verneuil* relative au traitement de la pustule maligne.

Frappé depuis longtemps des imperfections du

traitement ancien de la pustule maligne et surtout de l'insuffisance des moyens opposés à la propagation périphérique du mal, à sa généralisation et à l'infection de l'économie, M. Verneuil a, depuis longtemps, accepté les injections antiseptiques, et, dès 1879, il les associait à la cautérisation destructive de la pustule. Quand M. Davaine eut fait connaître ses recherches précises sur les propriétés anti-charbonneuses de l'iode, M. Verneuil substitua à l'acide phénique la teinture d'iode; puis, recherchant une combinaison dans laquelle on pourrait faire entrer simultanément tous les moyens ayant jusqu'ici fait preuve incontestable d'efficacité, il fut conduit au résultat que nous allons exposer.

La pustule maligne, considérée au point de vue de l'anatomie pathologique, se compose, pour peu qu'elle remonte à plus de 30 ou 40 heures, de trois régions ou zones fort distinctes : 1° au centre, l'eschare avec sa couronne de petites vésicules ; 2° immédiatement en dehors, une zone plus ou moins large et épaisse, où le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané semblent manifestement enflammés et indurés ; 3° plus en dehors encore, une dernière zone d'une étendue illimitée où s'observe un gonflement œdémateux avec ou sans rougeur, avec ou sans sensibilité au toucher.

Or, à chacune de ces régions, il semblait possible et utile d'appliquer un moyen spécial : à la zone mortifiée, la destruction radicale; à la zone indurée suspecte et menacée de gangrène, la révulsion énergique; à la zone d'œdème, la désinfection interstitielle.

Donc, pour la première zone, destruction au moyen du thermo-cautère ; — pour la deuxième, incisions et pointes de feu ; — pour la troisième, injection, dans le tissu conjonctif, d'une solution de teinture d'iode à 1 ou 2 p. 100. Ajoutez à cela, comme traitement interne, l'administration de teinture d'iode, à la dose de deux à quatre gouttes toutes les deux heures, sans préjudice des autres médicaments jugés nécessaires.

A l'appui de sa communication, M. Verneuil cite l'observation d'un jeune homme de seize ans atteint d'une pustule maligne comprenant toute l'étendue de la paupière supérieure et qui, malgré un état général déjà grave, fut sauvé par ce traitement. Armé du thermo-cautère, le chirurgien de la Pitié traça un sillon immédiatement en dehors de la couronne vésiculaire, c'est-à-dire aux limites du mort et du vif et sans empiéter sur ce dernier. Puis soulevant, au moyen d'un ténaculum, l'eschare épaisse d'environ un centimètre, il put facilement dédoubler la paupière en respectant, d'une part, la ligne des cils et, d'autre part, le cartilage tarse que la pustule ne détruit généralement pas.

Il appliqua ensuite, à un travers de doigt de la plaie, une série de pointes de feu distantes entre elles de 12 à 15 millimètres, pénétrant à 8 millimètres de profondeur.

Enfin, armé de la seringue de Pravaz chargée d'un liquide ainsi composé : eau, 200 grammes; teinture d'iode, 1 gramme, il fit, dans tous les points envahis par l'œdème, et de 5 en 5 centimètres, une série de piqûres disposées en quinconce, pénétrant jusqu'aux limites profondes de l'œdème et déposant, dans l'interstice des tissus, dix gouttes de la solution par chaque piqûre.

Pour tout pansement, une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'une solution phéniquée au 40e.

Comme traitement médical, le malade prit, dans les vingt-quatre heures, outre une potion de Todd, douze cuillerées d'un julep contenant chacune trois gouttes de teinture d'iode.

Dès le soir, la température était tombée de 39° à 38°,6; le lendemain matin, il n'y avait plus que 38°, et l'œdème diminuait; le surlendemain apyrexie complète et retour de l'appétit.

M. Labbé vient appuyer l'opinion émise par M. Verneuil sur l'utilité des cautérisations profondes et multiples pratiquées sur les tissus infiltrés de la périphérie de la pustule maligne.

Enfin, *M. Gosselin* approuve, pour les cas graves et bien avérés, la méthode mixte proposée par M. Verneuil, mais il recommande d'apporter dans le diagnostic de l'affection dont il s'agit toute la précision que permettent les derniers progrès de la science.

Quant à nous, nous rappellerons à nos lecteurs que le *Concours médical* a publié en 1880 (n° d'avril, mai, juin), une série d'études sur le charbon. Dans ce travail très bien fait, et qui d'ailleurs a mérité le prix du *Concours médical*, notre excellent confrère et ami, le Dr Gassot (de Chevil...) avait indiqué l'emploi du fer rouge, suivant une méthode absolument analogue à celle que propose M. le professeur Verneuil. Nous aimons à le constater ici : le *Concours médical* n'est pas en retard ; nos compliments à M. le Dr Gassot.

Elections. — M. Billod (de Vaucluse) est nommé membre correspondant national dans la première division.

Dr J. G.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'angine de poitrine. — Sa nature, sa pathogénie, son traitement.

Il y a quelques années, on apprenait un maint que le ministre de l'intérieur d'alors, M. Ricard, dans la force de l'âge et au milieu des apparences de la santé, était mort en quelques minutes, terrassé par les étreintes de l'angine de poitrine ; on apprenait de plus par les journaux *bien informés* qu'une injection de morphine avait été pratiquée quelques instants avant la mort.

L'opinion publique, prompte à s'émouvoir et qui en médecine ne s'élève pas souvent au-dessus du raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» ne manqua pas d'imputer à la morphine cette fin brutale et prématurée. Il se trouva même des médecins distingués qui ne craignirent pas d'accepter cette opinion et de proscrire l'usage de la morphine dans les attaques *d'angor pectoris.*

Le souvenir de ce qui s'est passé alors nous a suggéré l'idée d'examiner si la médecine a eu raison en cette circonstance de donner gain de cause à l'accusation portée par l'opinion publique, ou s'il ne convient pas plutôt aujourd'hui de réhabiliter complètement la médication incriminée, presque condamnée à cette époque.

Nous abordons ainsi un des problèmes capitaux de cette *thérapeutique d'urgence* à laquelle nous avons l'intention de consacrer plus d'un article, et dont aucun médecin ne peut se désintéresser sans faillir aux plus impérieux devoirs de sa profession.

Mais il est indispensable que nous soyons d'abord fixés sur la nature du mal que nous devons combattre. Courte est son histoire, et pourtant que de théories elle a vu naître! En 1768, Rougnon décrit pour la première fois dans une lettre à Lorry, l'affection étrange à laquelle avait succombé un ancien capitaine de cavalerie, habitant Besançon. La même année, Heberden la baptise *angine de poitrine*, et depuis elle est désignée successivement sous les noms d'*asthme convulsif et douloureux*, de *goutte diaphragmatique*, *syncope angineuse*, *sternalgie*, etc. Choisisse qui voudra parmi tant d'expressions plus ou moins heureuses ; peut-être est-il regrettable que l'usage n'ait pas substitué le terme d'*angoisse*, traduction plus fidèle du latin *angor*, à celui d'angine pris ici dans un sens trop exceptionnel.

Tous nos lecteurs savent ce qu'est un accès d'angine de poitrine. En pleine santé, — souvent à l'occasion d'un exercice un peu forcé, qu'il s'agisse de monter un escalier ou de gravir une légère pente en marchant contre le vent, d'autres fois après un repas un peu copieux, mais parfois aussi sans aucune cause appréciable, au milieu d'une conversation, — une douleur est ressentie tout-à-coup dans la région du cœur, le long du bord gauche du sternum, douleur poignante, constrictive, angoissante, sur la nature de laquelle les expressions des malades eux-mêmes varient peu : ce sont *des griffes de fer*, qui leur déchirent la poitrine (Laennec), c'est un *étau* qui les étreint. Cette douleur s'irradie en divers sens vers le cou, l'épigastre et le membre supérieur gauche jusqu'aux deux derniers doigts. Le patient, immobilisé dans la situation que son occupation lui imposait, ne peut ni parler, ni bouger, mais sa connaissance est entière.

Sur son visage contracté, pâle et couvert d'une sueur froide se lit la conviction terrifiante d'une mort inévitable et prochaine. Car il éprouve, a dit Heberden, la sensation «d'une pause universelle et interne des opérations de la nature», expression solennelle comme l'inoubliable tableau que nous peignent les auteurs avec des nuances diverses. La mort peut être immédiate ; sinon, quelques secondes, quelques minutes s'écoulent, puis la douleur et l'angoisse diminuent, le visage se colore d'une vive rougeur (Trousseau) et la crise favorable est parfois marquée par un impérieux besoin d'excréter une urine abondante et limpide, des éructations gazeuses et des vomituritions, ou le gonflement d'un testicule (Laennec). Enfin l'orage est dissipé ; n'étaient une grande lassitude et la crainte qui les domine encore, on croirait les malades rendus à un état de santé parfait.

Tel est le type classique, le plus simple; on sait aujourd'hui qu'il est susceptible de nombreuses modifications. La douleur peut débuter par un point de la périphérie comme *l'aura* des accès convulsifs.

Les mouvements respiratoires ne présentent souvent aucune modification notable, mais parfois on observe de la congestion pulmonaire ou bronchique et une dyspnée intense.

Le pouls conserve d'ordinaire son rhythme et sa régularité ; il a été pourtant trouvé dans certains cas petit, concentré, inégal, intermittent. Quelque fois le cœur est pris de folles palpitations, puis tout-à-coup il semble s'arrêter et ses contractions se succèdent avec une remarquable lenteur.

Enfin, si les fonctions du tube digestif restent en bien des cas dans un état d'intégrité absolue, on a pu observer dans quelques-uns des symptômes gastriques très accusés, flatulences, vomissements, dilatation de l'estomac. — On a même signalé (Bernheim, clin. méd.) des formes *frustes* dans lesquelles la douleur est absente et qui ne se traduisent que par la sensation d'angoisse inexprimable et un état syncopal capable d'amener la mort.

C'est en se basant sur d'aussi remarquables variations du tableau symptomatique qu'un médecin distingué des hôpitaux, M. Henri Huchard a proposé, dans un récent travail sur l'angine de poitrine, d'admettre une forme cardiaque et pulmonaire et une forme syncopale, en faisant remarquer combien ces faits jettent de lumière sur les étroites connexions des divers rameaux du nerf vague et, pour employer l'expression de M. Potain sur les synergies morbides du pneumogastrique.

Mais nous suffit-il de savoir de quels éléments symptomatiques se compose un paroxysme d'angine de poitrine ? Non sans doute; il faut serrer de plus près notre sujet, et, remontant à la source des accidents, voir ce que les auteurs nous apprennent sur la nature et les causes de ce mal étrange.

On peut rattacher à quatre théories de nationalités différentes les hypothèses émises sur ce point

L'Ecole *anglaise* admet que l'angine de poitrine est toujours le résultat d'une lésion du cœur et des gros vaisseaux, ossification des artères coronaires ou dégénérescence de l'aorte.

L'Ecole *italienne* attribue la névrose à la compression du cœur mécaniquement produite par un viscère abdominal, comme le foie tuméfié.

Les *Allemands* en ont fait d'abord une maladie générale; ils ont voulu qu'elle fût toujours une manifestation de la goutte produite soit directement soit par l'intermédiaire des lésions cardiaques que cette diathèse engendre. Aujourd'hui avec Gutmann et Eulenburg, avec Landois et Nothnagel, l'école allemande invoque un spasme artériel généralisé qui gênant les contractions du cœur, l'obligerait à un effort douloureux pour triompher de la résistance périphérique; dans cette hypothèse, l'angine de poitrine serait comparable au surmènement d'un muscle volontaire douloureusement ressenti.

Enfin reste l'idée *française* qui fait de l'angine de poitrine une névralgie du plexus cardiaque.

Mais le plexus cardiaque comprend des filets émanés de nerfs différents : tandis que M. Jaccoud croit pouvoir tout expliquer par l'excitation ou la parésie du nerf pneumogastrique, d'autres auteurs mettent en cause les filets du grand sympathique et M. Peter incrimine dans certains cas le nerf phrénique. Il est permis de croire que ces trois dernières opinions ne s'excluent pas entre elles, et se complètent au contraire. Aussi sommes-nous disposé à conclure que l'angine de poitrine constitue un syndrome, dont l'élément prédominant est une névralgie du plexus cardiaque, s'attaquant à toutes les branches de ce plexus et éveillant par leurs anastomoses multiples les *synesthésies* les plus lointaines (Dieulafoy).

Comme toute névralgie, celle-ci peut être symptômatique.

1° D'un état névropathique général, hystérie, hypochondrie;

2° D'une intoxication (usage immodéré du tabac, de l'alcool).

3° D'un état diathésique (arthritis).

L'excitation douloureuse des filets nerveux peut également, — ainsi que l'ont démontré les recherches anatomo-pathologiques de MM. Lancereaux et Peter, comme l'avait déjà indiqué M. Loupias dans sa thèse en 1865, — être produite par de véritables lésions inflammatoires (névrite du plexus cardiaque), amenées par la propagation des affections du péricarde, de l'aorte, ou l'adénopathie trachéo-bronchique.

Enfin MM. Potain et G. Sée ont émis dernièrement l'opinion que c'est l'ischémie cardiaque qui joue le principal rôle dans la production de tous les accidents, ischémie incontestable dans le rétrécissement athéromateux des artères coronaires, la dégénérescence du myocarde, la dilatation des cavités du cœur et le rétrécissement aortique. Il est très probable en effet, que l'anémie du cœur n'est pas sans jouer un certain rôle dans la maladie qui nous occupe, mais nous pensons qu'elle ne suffit pas à expliquer tous les symptômes, notamment l'intensité et la prédominance de l'élément douleur.

Pour nous donc, l'angine de poitrine est une névralgie du cœur, du plexus cardiaque, il ne saurait y avoir de doute sur ce point ; et dans les cas où on succombe à l'angine de poitrine, la mort survient par *excès de douleur*, par une *sidération douloureuse* du moteur circulatoire.

La clinique et les faits expérimentaux nous fourniront de puissants arguments à l'appui de notre opinion. Dans une autre affection douloureuse qui s'attaque également à une des extrémités du pneumogastrique, dans la colique hépatique, Durand-Fardel et Cornillon (1) n'ont-ils pas signalé des accès assez violents pour produire un état syncopal et la mort à bref délai ? Et que nous apprend l'expérimentation ? La mort subite est amenée chez les grenouilles à la suite d'un choc violent sur l'épigastre (Goltz) (2), par l'écrasement d'un ganglion semi-lunaire (Bernstein (3), Brown Sequard, Cl. Bernard) (4). Les dernières recherches de Tarchanoff et surtout celles de Franck sur « les effets cardiaques et vasculaires des impressions périphériques » (1876) ont mis ces faits hors de litige.

Il donc légitime de conclure que, si une petite douleur peut donner lieu à la syncope, à une douleur aussi intense que l'est celle de l'angine de poitrine peut succéder une syncope mortelle. De ces prémisses physiologiques et pathologiques difficilement réfutables découle naturellement la règle thérapeutique : pour éviter la syncope il faut supprimer la douleur. Or, est-il un agent plus puissant que la morphine pour atteindre ce résultat? Nous y aurons donc recours ; nous choisirons la voie sous-cutanée pour que l'absorption soit plus rapide et nous n'hésiterons pas à employer ce médicament *largâ manu*. Nous ne craindrons pas d'arriver à une dose assez élevée si la douleur est très-intense ; car, pour employer une ingénieuse et frappante expression de M. Henri Huchard, « *le meilleur contre-poison de l'opium est la douleur.* »

Mais comment a-t-on pu dire que la morphine était capable de produire la mort dans l'angine de poitrine? Elle n'a pas, que nous sachions, d'action directe sur le cœur; on n'a jamais signalé l'état syncopal dans le morphinisme aigu ; on sait au contraire que la morphine agit sur la respiration, qu'elle est par excellence un médicament *bulbaire* (Huchard), qu'elle jouit d'une véritable action *eupnéique*, et cette propriété sera bien précieuse dans les cas d'angine de poitrine à forme dyspnéique.

Le chloroforme seul pourrait amener aussi promptement la sédation de la douleur, et de fait il a pu être employé avec succès dans les cas d'angine simplement névralgique, essentielle des hystériques ou des hypochondriaques (Carrière, Balfour). Mais dans l'angine névritique, symptomatique d'une affection du cœur ou de l'aorte, nous repoussons énergiquement l'emploi de ces inhalations anesthésiques qui à elles seules ne déterminent que trop souvent, pendant les opérations

(1) *Vichy médical* (1879)

(2) *Wirchow's archiv.* T. XXVI p. 11.

(3) *Centralblatt* (1863).

(4) *Path. Expérim. p. 120*,

chirurgicales, des syncopes mortelles. Que dire du nitrite d'amyle, dont les inhalations à la dose de quatre à dix gouttes ont été préconisées par Lauder Brunton le premier, sinon que son action sédative n'est pas encore prouvée et qu'il est assurément d'un emploi très-dangereux?

En résumé, lorsqu'un malade se présente à nous avec des symptômes *d'angor pectoris* légèrement accusés, on doit d'abord rechercher à quelle cause ils sont imputables, afin de combattre cette cause, s'il est possible. S'agit-il de l'angine de poitrine franchement névralgique d'une hystérique, d'un hypocondriaque, le bromure de potassium, les antispasmodiques, l'hydrothérapie sont indiqués. A titre préventif on a recommandé l'arsenic qui n'agit pas seulement sur la nutrition, mais qui doit être aussi considéré comme un névrosthénique, véritable tonique du système nerveux (Anstie, Handfield-Jones).

Une mention particulière doit être faite pour les accidents angineux qui se manifestent chez les arthritiques; ils offrent cette particularité de récidiver fréquemment et d'apparaître surtout la nuit. On sait combien il est habituel aux manifestations du rhumatisme et de la goutte d'éclater ou de s'exaspérer pendant la nuit. Déjà Sydenham, goutteux lui-même, plaisantant pour se consoler sur la maladie qui le tourmentait, l'appelait spirituellement « *sa visiteuse nocturne.* » En pareil cas, on devra essayer d'administrer le salicylate de soude, à petites doses de 2, 3 grammes au plus, mais longtemps continuées. M. Vulpian, il est vrai, n'admet pas que les manifestations abarticulaires du rhumatisme soient curables par le salicylate. Mais M. Potain croit le contraire — *Galenus negat, ait Hippocrates* — et l'on a pu citer telle paraplégie rhumatismale guérie par ce traitement.

Si l'on croit être en présence d'accidents franchement inflammatoires, de l'angine névritique, il pourra être indiqué d'appliquer quelques sangsues ou ventouses scarifiées sur la région précordiale.

Chez les grands fumeurs, il faut absolument proscrire l'usage du tabac, ce stupéfiant du système nerveux, il faut enfin engager les malades à éviter avec soin tout ce qui peut jouer le rôle de cause occasionnelle, repas trop copieux, abus génésiques, marche contre le vent ou course à cheval.

Enfin, pour en revenir, en terminant, à notre thérapeutique d'urgence, si on est appelé au moment de l'accès, nous sommes absolument convaincu qu'il faut, sans hésitation, pour parer à la douleur et à la syncope, injecter sous la peau de la région précordiale, avec une seringue de Pravaz, de 15 milligr. à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, suivant l'intensité de l'angoisse et de la dyspnée; et, si l'imminence du danger ne paraissait pas écartée au bout d'un certain temps, nous injecterions encore 1 à 2 centigrammes.

Le premier péril conjuré, il se peut qu'à la phase d'excitation douloureuse succèdent, comme dans un cas remarquable publié par M. Huchard, des signes non douteux de parésie du nerf vague (congestion broncho-pulmonaire, précipitation extrême des battements cardiaques, dilatation du cœur, tendance aux lypothymies, fréquence du pouls (*sans fievre*) en un mot la plupart des accidents qui surviennent chez les animaux en expérience dont on a coupé un nerf pneumogastrique.

Dans un cas semblable il faut recourir à l'électrisation. Laennec appliquait des plaques d'acier aimanté sur la région précordiale et sur le dos. Duchenne (de Boulogne), plaçait *loco dolenti* les pôles de son appareil d'induction « gradué au maximum et marchant avec des intermittences très-rapides. » Nous croyons qu'il est plus prudent d'employer, comme M. Onimus, les courants induits avec des interruptions très-espacées, trois secousses en deux secondes, un pôle étant appliqué sur le cou, au voisinage du pneumog strique, l'autre sur la région précordiale. Eulenaburg et Hubner ont essayé aussi avec quelque succès, les courants continus.

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Honoraires médicaux.

M. le Dr Mechalon, de Vienne (Isère), nous écrit :

Un de mes clients a été déclaré en faillite peu de temps après la mort de sa femme à qui j'avais donné des soins. Ai-je droit à ce que mes honoraires de la dernière maladie de ma cliente soient admis au rang privilégié dans la liquidation.

En d'autres termes : 1° *Par dernière maladie doit-on entendre seulement celle qui précède la mort du débiteur, ou la dernière maladie qui précède la distribution des deniers.*

2° *Les soins donnés à la femme du failli, en cas de décès, donnent-ils droit aux mêmes priviléges que les soins donnés au failli lui-même.*

RÉPONSE

Les frais quelconques de la dernière maladie sont privilégiés sur la généralité des meubles (art. 2101, paragraphe 3 Code civil).

La dernière maladie est celle qui précède immédiatement le décès.

D'autre part, les frais de dernière maladie sont à la charge de la communauté.

La femme étant décédée, le médecin est privilégié sur l'actif qui existe au moment du décès, actif qui est forcément aux mains du mari, chef de la communauté.

La faillite du mari, survenant postérieurement, ne change rien à cette situation.

Le médecin doit donc se présenter à la faillite comme créancier privilégié.

Le Conseil judiciaire. LÉONEL OUDIN.

II

RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE.

L'exercice de la médecine.

Les revendications que nous formulions dans les numéros derniers, ne sont pas nouvelles, elles se rapprochent beaucoup des vœux adoptés par le congrès de 1845.

Nous trouvons, en effet, les propositions suivantes adoptées dans la séance du 8 novembre 1845 (présidence de M. Serres).

Conformément aux conclusions de la sixième commission, le congrès émet le vœu.

1° Que dans la loi destinée à organiser la médecine et son service en France, il soit inscrit que, aussitôt après sa promulgation, on ne recevra qu'un seul ordre de médecins, c'est-à-dire *que des docteurs en médecine.*

2° Qu'une disposition transitoire de la loi autorise les officiers de santé reçus et ayant exercé durant cinq années à se présenter devant une faculté pour obtenir, après deux examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, le titre de docteurs.

Nous lisons encore plus loin (séance du 10 novembre) :

1° L'exercice illégal de la médecine sera parfaitement défini dans la loi.

2° Une pénalité plus efficace et plus énergique y sera introduite.

3° Le traitement des malades, dirigé par des personnes non pourvues d'uu titre légal et dont les ordonnances sont signées par un médecin, doit être considéré comme un exercice illégal avec complicité du médecin.

Les maux du corps médical sont toujours les mêmes, rien d'étonnant si les mêmes remèdes sont formulés à trente-cinq ans de distance.

Le congrès de 1845 va plus loin et aborde la question des conseils de discipline.

4° Un collége médical sera créé dans chaque arrondissement et comprendra tous les médecins compris dans l'arrondissement.

5° Chaque collége médical d'arrondissement élira, tous les ans et à la majorité absolue des suffrages, un conseil médical.

6° Le conseil aura pour mission, d'une part, de soutenir les droits du corps médical et de ses membres; d'autre part, de maintenir la dignité professionnelle.

7° Le conseil aura le pouvoir de prononcer, suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires : *a* l'admonition ; *b* la réprimande ; *c* la censure ; *d* la radiation temporaire du tableau du collége ; *e* la radiation absolue, qui sera également déterminée par les peines afflictives et infamantes pour délits autres que les délits politiques.

8° Les colléges médicaux seront chargés de signaler aux procureurs du roi les individus qui exercent illégalement la médecine et d'en presser la poursuite.

9° Les conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et les réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres.

10° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant le conseil médical du chef-lieu de département.

11° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical du chef-lieu du département sera porté devant le conseil de l'arrondissement le plus éloigné.

Nombre de nos confrères pensent encore que c'est dans l'institution de ces conseils de discipline que le corps médical trouvera la solution des difficultés pendantes — nous ne le pensons pas.

Pour que ces conseils de discipline eussent une autorité quelconque, il faudrait qu'ils eussent le pouvoir d'interdire l'exercice professionnel, il faudrait en outre que cet exercice ne fût pas libre.

Un médecin s'installe dans un arrondissement et refuse de se faire inscrire au collége ; inscrit d'office, il persiste à rester en dehors du collége, à ne tenir nul compte de son autorité. Il a commis quelque indélicatesse qui lui a valu l'admonition, il tient pour nulle cette peine disciplinaire et fait en sorte que toutes les peines jusqu'à la radiation lui soient infligées..... tous ces cas peuvent se présenter, qu'arrivera-t-il ?

C'est que le médecin en question continuera d'exercer comme tous ses confrères, se moquera de leurs prétentions et narguera leur impuissance ; il persuadera au public que seule la malveillance a guidé leurs décisions et tirera contre eux avantage du défaut de sanction qu'auront leurs prétendues sentences.

A qui et à quoi cela aura-t-il servi !

Ces conseils de discipline sont, il est facile de le voir, calqués sur les conseils analogues qui régissent les avocats, les avoués, les notaires, etc., mais la différence qui existe entre ces professions et la profession médicale explique surabondamment pourquoi ce qui là peut réussir est ici absolument inefficace.

Les professions d'avoué, de notaire ne sont pas libres ; il faut être nommé par décret, et ce qu'un décret peut accorder, un autre décret le peut enlever. La profession d'avocat elle-même est réglementée : nul ne peut plaider sans être inscrit au tableau, et les suspensions comme les radiations, sont ratifiées par les tribunaux. En un mot, les chambres de discipline dont nous parlons ont le droit de retirer au membre indigne l'exercice professionnel qui est absolument indépendant du titre scientifique de *licencié* ou de *docteur en droit* qu'il peut porter.

Ce n'est plus la même chose pour le médecin à qui le diplôme confère le droit d'exercice. S'il veut exercer, il lui suffit d'avoir prouvé à l'Etat qu'il possède une instruction suffisante, et nul ne peut lui enlever un droit qu'il ne tient que de lui-même.

Faudrait-il donc renoncer à cette liberté dont nous jouissons? Faudrait-il disjoindre le droit d'exercice du titre scientifique?

Qui donc donnerait ce droit? Qui donc prendrait sur lui de le retirer? Où seraient les garanties ?

Certes nous voyons bien les inconvénients d'un pareil système, mais nous comprenons moins les avantages qu'il pourrait offrir.

Nous avons peut-être, nous, médecins, nos brebis galeuses... je ne sache pas que, sous ce rapport, nous ayons rien à envier à aucune autre profession ; et si une corporation, prise dans son ensemble, n'a cessé de mériter l'estime et la considération publiques, nous croyons pouvoir dire que c'est la corporation médicale.

Tous les problèmes sociaux ont présenté ceci de particulier, que leur étude mal comprise d'esprits spéculatifs qui demandaient à l'Etat incompétent

de trancher le nœud gordien, est restée stationnaire et stérile, tandis qu'au contraire les premiers résultats pratiques ont été acquis dès l'instant où les intéressés, mieux inspirés dans leurs demandes, ont obtenu de l'Etat la liberté dans le droit commun.

Sachons profiter de l'expérience des autres : Cherchons dans l'association la force qu'isolés nous ne pourrions avoir, mais conservons notre liberté et gardons-nous de faire intervenir l'Etat là où il n'a que faire...

Nos syndicats privés, constitués par notre seule initiative, se contenteront de l'autorité morale que leur aura accordée notre libre volonté et sauront conserver les traditions de dignité professionnelle; ils éviteront du moins cette prétention à l'infaillibilité qu'affectent dans leurs jugements tous les jurys d'Etat.

Nous ferons nous-mêmes nos affaires et nous ne ferons appel à l'intervention de l'Etat, que dans les cas où il est lié vis à vis des nous.

L'Etat considère, avec juste raison d'ailleurs, que l'intérêt de la société exige du médecin les garanties les plus solides — nous accepterons donc toutes les épreuves qu'il croira devoir nous imposer, mais sortis victorieux et munis du diplôme, nous le sommerons, au nom de la santé publique, de nous protéger contre l'exercice illégal et de donner une sanction aux prescriptions que lui-même aura édictées.

L'Etat, en reconnaissant deux ordres de médecins qui jouissent de droits inégaux et en se montrant incapable de faire respecter les distinctions qu'il a cru devoir établir, crée, en faveur de la seconde classe, un véritable privilége. — Nous lui demanderons d'abolir ce privilége et de rentrer dans les traditions d'égalité qui sont la base du droit moderne.

Enfin, l'Etat devant, tout d'abord, protection à ses nationaux, nous lui demanderons, au nom de ces mêmes principes d'équité, de ne pas offrir aux étrangers des conditions plus favorables qu'aux Français eux-mêmes.

C'est dans cette voie qu'il faut porter nos efforts, c'est la seule qui puisse nous conduire à quelque résultat, — c'est celle que nous nous permettons de recommander aux méditations de nos confrères.

Dr A. GASSOT,
de Chevilly.

III

De la création d'un lieu de retraite pour les médecins.

Nous recevons à ce sujet : la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Je serais heureux devoir traiter des moyens de création d'un lieu de retraite pour les médecins qui n'ont pu parvenir à assurer la tranquillité de leurs vieux jours.

Il en est, vous pouvez me croire, que la crainte de ne pouvoir régulièrement tenir leurs engagements envers une compagnie d'assurances sur la vie ou même *de ne pouvoir payer une cotisation annuelle*, a empêchés de s'assurer, ou de faire partie d'une association quelconque : les voilà déjà vieux, sans fortune, et vivement préoccupés pour le moment où ils ne pourront plus travailler, gagner pour eux-mêmes et leur famille, le pain qui les fait vivre.

Votre journal a déjà remué beaucoup d'idées, beaucoup de projets et la jeune génération médicale peut déjà en tirer profit. Croyez-le, votre patience, votre labeur incessant sont appelés à faire beaucoup de bien à la famille médicale. Vous semez d'ailleurs sur un terrain qui ne se montrera jamais ingrat et les encouragements ne doivent certainement pas vous manquer.

Poursuivez sans relâche, l'ordre d'idées dans lequel vous êtes entré et après avoir fourni aux jeunes médecins les moyens de se sauver, tendez la main à ceux qui, trop âgés, n'ont pu se raviser assez à temps pour se préserver de l'affreuse misère avec leur femme et leurs enfants.

Dans cette pensée, recevez, etc.

Décembre 1880 — Dr GUIRAUD.

Pour répondre au désir de notre confrère, nous donnons quelques extraits de l'*Union médicale*, rendant compte de la séance de la société centrale de l'Association générale du 6 février.

M. le président Gosselin a saisi l'occasion qui s'offrait naturellement à lui de parler de ce grand projet d'une maison de retraite dans laquelle les pensionnaires de l'Association trouveraient une augmentation notable du bien-être qu'elle cherche à leur procurer.

« Vous avez, sans doute, a-t-il dit, entendu parler déjà d'un projet de grande association entre les savants, les lettrés et les artistes. L'honorable initiateur de ce projet, M. Norbert-Vuy, nous a exposé ses idées, ses plans, ses ressources. Il veut créer une vaste *villa* donnant un asile digne de leur passé aux membres, visités par l'infortune, de cette association nouvelle. Vous entrevoyez les résultats, une entente s'établirait facilement avec les sociétés déjà existantes, et ces dernières pourraient, à peu de frais, diriger leurs pensionnaires vers les habitations créées par cette institution, qui doit prendre le nom de *Société* ARTI *et* AMICITIÆ.

Pour arriver à la réalisation de ses plans, M. Norbert-Vuy est à la recherche d'emplacements au voisinage de Paris. Il espère les trouver bientôt; il espère même, — puisse-t-il ne pas se faire illusion ! les trouver gratuitement.

En tout cas, il ne peut réussir qu'en créant à la Société qu'il veut fonder des ressources financières. Dans ce but, il a ouvert une souscription ; il s'est inscrit le premier pour une forte somme; il a déjà recueilli beaucoup d'adhésions, et il en a trouvé de fort importantes dans le corps médical. Que chacun de nous se renseigne donc sur cette œuvre nouvelle ; cherchons dans quelle mesure elle peut être utilisée par notre Association, et n'hésitons pas à y participer si nous acquérons la certitude qu'il y a là un nouveau moyen de donner satisfaction à nos sentiments confraternels et philanthropiques ! »

Le *Concours médical, ne manquera pas au devoir de s'informer de son côté.*

Pour un autre motif nous extrairons encore le passage suivant de l'exposé de la situation financière de la Société centrale ; il nous a paru juste de donner la constatation suivante :

On aurait une idée bien incomplète du puissant

concours de la Société centrale pour la formation du capital de l'Association générale, si on ne tenait compte des dons et des nombreux legs que les membres de la Société centrale ont faits soit à la Caisse générale, soit à la Caisse des pensions de retraites.

Du relevé que nous avons fait sur les registres de l'Association générale, il résulte que par dons et legs, les membres de la Société centrale ont contribué à l'augmentation de l'avoir de l'Association pour la somme de 205,000 francs. Si on y ajoute les 40,000 francs versés par la Société à la Caisse générale et les 29,000 francs également versés par elle à la Caisse des pensions de retraites on arrive au total respectable de 274,000 francs provenant de la seule Société centrale, et si on veut bien remarquer que toutes ces sommes ont produit des intérêts accumulés on peut assurer que le capital de l'Association, qui est d'environ 700,000 francs, a été fourni par moitié au moins par la Société centrale.

Ceci soit dit pour ceux qui trouvent que la Société centrale thésaurise et ne se montre pas assez généreuse de ses deniers, comme aussi pour ceux qui disent que Paris absorbe tout. C'est Paris qui a fait les plus fortes libéralités en faveur de la Caisse des pensions viagères de retraites, c'est grâce à la Société centrale que cette Caisse fonctionne depuis sept ans, et que quatre-vingt-trois médecins des départements ont obtenu des pensions de 300 à 600 francs, alors que le nom d'aucun membre de la Société centrale n'a encore figuré sur la liste des pensionnés.

IV

La médecine des pauvres en Belgique.

Mon cher Monsieur Festraerts,

Je veux vous parler des *pourboires* dérisoires dont on gratifie dans certaines localités — dans presque toutes — les médecins attachés au service des pauvres. Je prêche *pro domo*, car j'ai peine à confesser que dans une commune, où l'on compte 23 à 24,000 habitants, les médecins reçoivent pour soins donnés aux nécessiteux, la somme de *cent* francs, soit à peu près 10 centimes par visite, alloués par le bureau de bienfaisance ; ce qui suffit à peine à payer quelques accouchements que l'on ne peut refuser.

J'admets que le bureau ne soit pas très riche. Aussi je ne l'attaque pas. Ce n'est pas à lui seulement qu'il incombe de nous rétribuer ; mais bien aussi à la commune elle-même. C'est à elle à veiller d'abord aux intérêts matériels de tous ses citoyens, et encore, et surtout, à la salubrité générale, et particulièrement à la santé des nécessiteux.

Or, il arrive que partout, ce qui s'appelle « Hygiène publique, » est un mythe la plupart du temps. Quant au service médical des pauvres, les administrations locales font endosser au bureau de bienfaisance toutes les responsabilités.

Les édilités nous considèrent comme d'excellentes vaches à lait, qu'on peut traire à volonté, à toute heure, à toute occasion, sans crainte d'en tarir le pis. « Les médecins feront ça. » Il en est même qui ajoutent, en se rengorgeant : « C'est leur devoir. »

Il y a pour nous, dans l'esprit de ces Messieurs, une obligation morale, dont ils nous feraient volontiers, à l'occasion, un acte de conscience.

C'est la contrainte par corps de la profession.

Exactement la même chose que si, un marchand d'étoffes ou de comestibles, par le fait même qu'il fait partie du conseil du bureau de bienfaisance, était obligé de faire l'aumône de ses draps, de ses pains, ou de ses cafés.

Avouez que les bureaux seraient difficiles à former. Personne ne tolérerait de semblables conditions.

Nous avons aussi nos aumônes à faire et les médecins ne sont jamais en retard. Mais non, nous autres nous ne donnons rien. Ce que nous consacrons de temps, de peines, de courses, de renoncements, de sacrifices, ce n'est jamais que la valeur du papier de nos recettes. Et cette monnaie a grand cours, si l'on en juge par l'arrogance de certains pauvres peu hont.ux, qui prétendent à tout instant, disposer de vous, *parce que vous êtes payés.*

Est-ce que le service médical peut être bien fait dans des conditions semblables ? Et si la commune a souci de ses pauvres, ne doit-elle pas s'organiser de façon à ce qu'ils n'aient pas à se plaindre ? Voilà la question qu'elle devrait se poser.

Réclamons-nous des sommes folles ? Evidemment non. Nous demandons une juste moyenne, sans vouloir nullement nous comparer aux employés de la commune. Nous rentrons cependant dans la catégorie de ces derniers qui d'habitude sont grassement payés. Le fonds communal, c'est le pré où tout le monde broute ; à peine y tondons-nous la largeur de notre langue.

Que de milliers de francs dépensés ailleurs, et dont une partie serait heureusement prélevée pour augmenter nos honoraires et assurer ainsi le service de la santé publique !

Je constate ce fait : que si la commune le voulait elle ferait pour nous ce qu'elle fait pour les autres. Vis-à-vis d'une question d'humanité aussi importante, elle devrait veiller avec un soin jaloux, à l'organisation parfaite du service médical des indigents. Déjà lourd pour nous en temps ordinaire, personne ne niera qu'il devienne insupportable en temps d'épidémie.

Que de responsabilités encourues souvent alors par l'édilité, responsabilités auxquelles on ne songe pas avant les contagions, que parfois le médecin oublie ou néglige de prévenir, parce que, en résumé, il n'est nullement tenu plus qu'un autre, à dépenser son temps sans rémunération, à travailler sans salaire.

Les administrations sont ainsi souvent cause de l'inaction, de l'indifférence de certains médecins, et toute la culpabilité doit retomber sur elles.

Quelque bien rétribués que nous soyons, nous ne le serons jamais assez. Il y aura toujours, de notre côté, un excédant notable, que nous regardons comme notre aumône particulière. On en vient même — et l'on a raison — à rétribuer les bourgmestres et les échevins. Que l'on fasse la même chose pour nous ; nous leur laisserons les honneurs et les distinctions.

De ces diverses considérations je conclus : que toute administration communale devrait compter dans son sein, un médecin, mais un médecin, qui à côté de la défense de la chose publique, y présente celle de nos intérêts professionnels.

On nous émiette de tous côtés. Les charlatans — que le gouvernement protège ouvertement — nous tiraillent par ici ; des nuées d'accoucheuses-vaccinatrices, nous sucent par là, et sous le couvert de l'humanité, la société nous éreinte partout.

A qui la faute ? à nous !

Etant donnée l'attitude des administrations locales à notre égard, que tous les médecins d'une même localité s'entendent pour imposer aux Conseils communaux ou leurs conditions raisonnables ou leur refus de soigner les pauvres.

On verrait bien qui rirait le dernier.

Le Scalpel (de Liège). Dr Edmond DEFFERNEZ

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rupture traumatique d'organes internes sans lésion extérieure apparente.

Nous trouvons, dans le compte-rendu de la *Société anatomique*, deux cas curieux de rupture d'organes internes par traumatisme, sans lésion apparente à l'extérieur.

Dans la première observation qui a été recueillie dans le service de M. Duplay, le blessé avait été pris entre l'extrémité d'un brancard de voiture à bras et un candélabre à gaz. Il se plaignait d'une très-vive douleur dans la région hypocondriaque gauche, laquelle ne présentait aucune trace de contusion : à l'autopsie, on constata une rupture complète du rein gauche et une déchirure de la rate, avec épanchement sanguin compris tout entier entre les feuillets des épiploons et du mésentère.

Dans le second cas, il s'agit d'un ouvrier carrier, qui fut renversé par la chute du montant d'un tombereau. Le malade était porteur d'une hernie exactement maintenue par un bandage, mais qui sortit au moment de l'accident. L'ouverture du corps fit constater, en outre d'une péritonite purulente généralisée, la présence de matières alimentaires au fond du petit bassin ; et enfin une ouverture arrondie, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, siégeant sur l'intestin grêle, du côté de l'insertion du mésentère. Il n'y avait pas non plus trace de contusion sur la paroi abdominale. Les symptômes morbides avaient simulé ceux d'un étranglement herniaire qui n'existait pas d'ailleurs.

*
* *

Trachéotomie en un temps.

A l'hôpital des Enfant-Malades, M. de Saint-Germain pratique d'ordinaire la trachéotomie *en un temps* et il n'a qu'à se louer de cette méthode, puisque, sur 227 trachéotomies, il n'a pas eu un seul accident grave, résultant de l'opération. Il est bien certain que cette manière de faire peut, au moins dans certaines circonstances, rendre de grands services ; aussi n'hésitons-nous pas à emprunter à la *Gazette des hôpitaux* la description du procédé opératoire mis en usage par notre distingué confrère.

M. de Saint-Germain place l'enfant sur une table, les épaules reposant sur un coussin dur, la tête portant dans le vide et maintenue solidement par un aide. Il fixe le larynx de la main gauche, en le saisissant par ses parties latérales et postérieure, comme s'il voulait l'écarter de la colonne vertébrale. De la main droite, il plonge un bistouri droit, à lame étroite, dans la membrane crico-thyroïdienne, le tranchant regardant le sternum, et l'enfonce à une profondeur de 15 millimètres. Il divise ensuite, en sciant et non en pressant, le cartilage cricoïde, les deux ou trois premiers anneaux cartilagineux de la trachée, l'isthme du corps thyroïde et la peau. En retirant l'instrument, il prolonge l'incision de quelques millimètres en bas, en faisant une queue à la peau pour faciliter l'écoulement des liquides.

La plaie faite à la trachée, le chirurgien en écarte les lèvres avec le dilatateur, puis il place la canule.

Quelquefois, il y a une petite hémorrhagie, fournie par l'anastomose des artères thyroïdiennes au niveau de l'isthme du corps thyroïde. Cette hémorrhagie, de peu de gravité, s'arrête rapidement. Si elle persistait, il suffirait de substituer à la canule une canule plus volumineuse.

*
* *

Contagion du furoncle.

M. E. Draston a publié dernièrement, dans la *Gazette médicale*, une observation intéressante de contagion du furoncle.

Une religieuse, atteinte de rhumatisme articulaire chronique et arrivée au plus haut degré d'impotence et d'infirmités, vit, certain jour, se développer au siège un anthrax. Cinq sœurs se succédaient et souvent se réunissaient auprès de la malade pour faire les pansements. Deux d'entre elles lavaient les plaies ainsi que les linges des cataplasmes qu'on appliquait. Toutes deux eurent de suite des furoncles excessivement douloureux aux doigts et à la main. Deux d'entre elles en eurent soit aux avant-bras, soit à la face. La cinquième n'eut rien. Mais il est nécessaire d'ajouter que, instruite par l'expérience, elle avait eu la précaution de faire tremper, pendant un long temps, les linges dans un grand bassin d'eau, et d'employer un morceau de bois pour les verser dans l'eau et les nettoyer. Pendant la guerre, en soignant, à l'hôpital du couvent, un blessé atteint d'un anthrax très-grave, cette femme avait eu mal à tous les doigts.

*
* *

Ablation d'une tumeur utérine pendant le travail.

Le *Concours Médical* a publié dernièrement un très intéressant travail, dans lequel M. le Dr Poulet rapportait une observation de dystocie causée par la présence d'une tumeur utérine. Dans ce cas particulier, le ramollissement momentané de la tumeur, pendant le travail, permit l'accouchement, toutefois après une version podalique laborieuse. Ce ramollissement si favorable, et dont notre confrère a tiré un parti si avantageux, ne se produit malheureusement pas toujours et, dans cette circonstance, l'accoucheur n'a plus à choisir qu'entre l'ablation immédiate de la tumeur et l'hystérotomie. C'est un cas de ce genre qui se trouve relaté dans ***Brit. med. Journ.*** et ***Journal d'acc. de Liége***.

L'observation due au Dr Sidney-Turner mérite notre attention.

« Femme de quarante-six ans, vigoureuse, ayant eu cinq enfants, le dernier il y a sept ans ; le travail est commencé et, au toucher, on sent une tumeur, permettant difficilement le passage du doigt jusqu'au col. Elle a la forme d'une poire, avec un large pédicule inséré à la moitié posté-

rieure du col, présentation du sommet; douleurs régulières mais peu accentuées. L'extirpation immédiate de la tumeur fut décidée, deux ligatures de mince ficelle à fouet furent portées sur le pédicule, la supérieure aussi près que possible de la base : le chloroforme fut administré, puis la tumeur fut séparée au moyen des ciseaux. Le travail s'accentua et se termina rapidement; avec la descente du placenta, la ligature inférieure portée sur le moignon du pédicule avait glissé; mais la supérieure, la plus voisine du col, restait solidement attachée. La tumeur avait deux pouces de diamètre; dure et dense, elle était formée d'un grand nombre de kystes variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à un tiers de pouce. C'était un polype fibro-kystique. — Guérison de la mère. »

*
* *

Vagin double avec utérus septus.

Cette observation, intéressante autant que rare, a été recueillie à l'hôpital de Milan, sur une fille publique, par M. le Dr Caporali Vicenzo. Cette fille, réglée à treize ans, et *du côté gauche*, eut, à cette même époque, les premiers rapports sexuels *du côté droit*. Elle devint bientôt enceinte et accoucha, à sept mois, d'un enfant qui vit encore. A quatorze ans et demi, nouvelle grossesse, *toujours à droite*, se terminant par un avortement de trois mois. Jusqu'à seize ans, d'ailleurs, les rapports sexuels eurent toujours lieu par le *vagin droit*. A dix-huit ans, troisième grossesse *à droite* avec avortement à trois mois. A vingt et un ans, les règles manquèrent du côté gauche, pendant trois mois, après lesquels il y eut une hémorrhagie abondante.

Dans chaque grossesse, les règles n'ont jamais absolument cessé pendant les trois ou quatre premiers mois : aussi, comme le sang, qui s'écoule à chaque époque, est devenu moins abondant depuis trois mois, la malade se croit enceinte du *côté gauche*.

Cette fille est d'ailleurs bien développée. Voici le résultat de l'examen des organes sexuels, (*d'après An. di med, et chir. et Gaz. méd. de Paris*) :

La femme, placée en supination, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses, on peut bien examiner les organes génitaux externes qui, à la vue, ne permettent pas de soupçonner un vice de conformation. Le système pileux est normalement développé et distribué ; les grandes lèvres, au nombre de deux, sont normales, ainsi que les deux petites lèvres qui, en avant, se dédoublent pour former le prépuce du clitoris. A la base du vestibule de la vulve se trouve le méat urinaire ; au-dessous et un peu à droite un petit enfoncement. Les glandes vulvo-vaginales n'offrent rien de particulier.

Ecartant avec les deux doigts les parties génitales externes, on aperçoit une cloison verticale complète qui commence à 4 centimètres de l'orifice vulvaire; elle est résistante, se prolonge d'une façon continue dans toute la longueur et la hauteur du canal vaginal; les deux index introduits dans chacun de ces canaux peuvent constater l'existence de la cloison. A gauche, l'exploration digitale permet d'arriver sur un col petit, de forme arrondie, résistant, à orifice transversal. Le cul-de-sac antérieur est élevé et tout à fait libre; le postérieur est plus dilaté; le latéral droit se continue à droite avec une autre tumeur; l'utérus est dans l'axe et très mobile en tous sens. L'exploration droite révèle l'existence d'un deuxième col un peu plus long, arrondi, de consistance normale, convergeant vers le gauche, à orifice transversal, dont les angles présentent des déchirures. Le doigt introduit dans le rectum a la sensation d'un corps arrondi, situé en avant de la paroi antérieure, dont les deux tiers sont situés à droite, et qui présente sur sa face postérieure un sillon.

Le spéculum bivalve introduit dans le vagin gauche permet de voir le col avec sa couleur normale, de forme circulaire, avec son orifice transversal entr'ouvert, sans cicatrice, de la largeur d'un demi-centimètre ; il s'engage dans le spéculum d'environ 1 centimètre. Son diamètre antéro-postérieur est de 2 centimètres ; à droite, le col a 2 centimètres de long, son diamètre mesure 3 centimètres. Restait à pratiquer le cathétérisme. — La femme se disant enceinte du côté gauche, le cathétérisme fut tenté avec grande précaution. Le cathéter pénètre assez difficilement, à droite, du canal cervical dans la cavité utérine qui est reconnue tout à fait vide. La longueur du col et du corps est de 6 centimètres. Sans retirer le premier cathéter, un deuxième est introduit par l'orifice utérin gauche ; il pénètre avec la plus grande facilité dans la cavité; longueur 5 centimètres 1/2.

On peut se rendre compte de ce fait que les deux cathéters sont séparés par une cloison. Le diagnostic fut le suivant : Vagin double et utérus septus avec développement plus grand de l'utérus droit.

Nous rapprocherons de cette description curieuse l'observation suivante que nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux* et qui est due à M. le Dr Hergott de Nancy. Dans ce cas particulier, l'anomalie n'a été constatée qu'après la mort, dans une autopsie que l'on faisait d'une femme de cinquante ans, morte à l'hospice de Maréville. Les organes génitaux externes sont normaux ; mais au-dessous du méat urinaire, à l'entrée du canal vaginal, se trouve une cloison vaginale qui sépare ce conduit en deux parties égales.

Une incision longitudinale pratiquée de chaque côté du vagin a permis de constater les rapports de ce canal avec l'utérus. Le vagin droit entourait nettement la partie cervicale de l'utérus représentée par une petite éminence percée à son centre. Un stylet mousse, introduit dans cette ouverture cervicale, ne put pas pénétrer à plus de un centimètre de profondeur.

Le canal vaginal gauche se terminait en entonnoir percé à son centre d'un orifice par lequel M. le docteur Hergott put introduire un stylet jusqu'à une profondeur de six centimètres. Il n'y avait donc pas de col utérin, mais seulement communication en entonnoir entre la cavité vaginale et la cavité utérine.

Une section transversale et de haut en bas du

corps de l'utérus a permis d'apercevoir que les cavités utérines, nettement séparées l'une de l'autre par une cloison très-épaisse, étaient très-peu développées. Elles ne mesuraient pas plus de trois millimètres de diamètre et formaient chacune un canal long et étroit. La muqueuse qui tapissait ces deux cavités était lisse et comme vernissée.

L'orifice interne du côté droit était atrésié. Il n'a pas été possible à M. le docteur Hergott de constater l'existence d'une communication quelconque avec les trompes, qui étaient régulièrement développées. Dans le fond de l'utérus, à gauche, se trouvait un petit corps fibreux interstitiel. Les ovaires étaient atrophiés, plissés, et rappelaient ceux d'une vieille femme.

*
* *

Les Microbes

Depuis que l'existence des microbes nous est connue, ces redoutables organismes inférieurs ne cessent d'attirer l'attention des observateurs qui enregistrent tous les jours leurs méfaits. Si ces révélations continuent, on ne pourra plus se moquer des gens *qui cherchent la petite bête*, comme dit le proverbe.

Sans parler des accidents des plaies et des discussions fécondes dont ils ont été le sujet, sans parler des opinions émises par M. Pasteur sur le choléra des poules, par MM. Davaine et Toussaint sur le charbon ; sans parler non plus du nouvel organisme dont M. Pasteur, dans le cours de la récente discussion sur la rage, a annoncé l'existence, on cherche depuis longtemps à isoler le microbe de la diphthérie, et nos lecteurs ont pu voir dans notre n° 6 (page 66) l'indication qu'un de nos collaborateurs a donnée de ces travaux. Tout dernièrement encore M. le professeur Schulz, de Prague, écrivait à l'Académie pour lui annoncer qu'avec l'aide du professeur Klebs il avait enfin pu isoler le principe virulent de la diphthérie, le « *microsporon diphthericum.* » En conséquence de cette découverte, il indique qu'il fait usage du traitement qui a été préconisé par le Dr Viart (de Montbard), dans la séance du 9 avril dernier : destruction violente, brutale de la fausse membrane à l'aide d'un frottement énergique, exercé par l'index recouvert d'un morceau de linge ; chlorate de potasse en potion et en topique ; alimentation réparatrice ; boissons alcoolisées.

Après la diphthérie, la malaria. Dès 1879 les professeurs Klebs et Tommasi-Crudeli annoncèrent la découverte du « *bacillus Malariæ* » dans les terrains à Malaria de *l'Ager Romanus* et dans le sang des malades atteints de cette affection.

Pour de plus amples développements, nous renvoyons nos lecteurs à notre n° 17, de l'année 1879, (page 205). Ils y trouveront cette dernière question traitée tout au long.

Souhaitons que ces expériences de laboratoire ouvrent à la thérapeutique une voie nouvelle et féconde !

*
* *

La trichinose à Paris et à Lyon.

Nous avons déjà publié (n° 5, page 60) deux notes sur l'état actuel de la trichinose en Amérique, et sur l'importation en Europe, et en France particulièrement, de viandes trichinées. Dans la séance du 25 janvier 1881, M. Colin a présenté à l'Académie de médecine, de la part de M. Leclerc, inspecteur principal de la boucherie, à Lyon, une note sur les trichines trouvées dans des salaisons de provenance américaine.

« Au mois de novembre dernier, M. Leclerc, en examinant des échantillons de lard pris dans cinquante caisses du poids de 13,000 kilogrammes, en a trouvé 7 chargées de trichines. Ce qui restait de l'arrivage a été mis sous séquestre.

« L'Administration ayant paru quelque peu embarrassée au sujet des mesures à prendre pour sauvegarder les intérêts de l'hygiène publique et ceux du commerce, l'Académie pensera peut-être qu'il y a utilité à s'occuper de la question qui lui est soumise, et à exprimer son opinion sur ce qu'il conviendrait de faire pour conjurer les dangers dont nous menacent les salaisons d'Amérique. »

Il n'est que temps de prendre un parti, car de tous côtés on signale le péril, et voici encore ce que nous lisions dernièrement dans un grand journal politique :

« Les viandes trichinées dont on a signalé l'apparition depuis quelque temps en Allemagne, en Espagne, en Italie et dans quelques villes de France, notamment à Lyon, sont arrivées aussi sur le marché de Paris. Les inspecteurs du service de la boucherie viennent de saisir, aux Halles-Centrales, des tonnes de viande de porc salé venant de Chicago, remplies de trichine. Ils ont fait aussi des perquisitions chez quelques épiciers qui avaient reçu des lards trichinés d'Amérique, qu'ils ont également saisis. »

Il nous semble que la solution la plus radicale est celle qui s'impose de toute nécessité ; les intérêts commerciaux doivent être sans aucun doute sacrifiés à la santé publique.

Dr J. G.

REVUE ÉTRANGÈRE

Les éruptions médicamenteuses. — Sous le titre de « Medicinal eruptions, » le Dr Van Harlingen, chef de clinique des maladies de la peau de l'hopital de Pensylvanie, a décrit dans un mémoire original les diverses éruptions cutanées provoquées par l'usage de certains médicaments (*Archives de dermatologie,* octobre et *New Remedier,* janvier 81).

Voici, condensés sous forme de memento pour le praticien, les traits caractéristiques de ces éruptions.

Arsenic — Quelquefois dermatite de nature érysipélateuse, ou éruption papuleuse semblable à celles de la rougeole ou de la syphilis, mais avec une couleur moins cuivrée. Le plus souvent espèce d'urticaire accompagnée de fièvre.

Belladone — *Similia similibus curantur* vanté comme prophylactique de la scarlatine parce qu'elle occasionne des éruptions erythémateuses ou scarlatiniformes, qui ne sont *jamais* suivies de desquamation.

Bromures — Eruptions d'acné ou de pustules se montrant habituellement à la face et sur la poitrine. Quelque fois véritable furoncles.

Chloral. — Erythème par plaques avec chaleur, tuméfaction et démangeaison insupportable. Dure de une demi-heure à plusieurs heures. Le purpura a été quelque fois la conséquence de l'emploi prolongé du chloral.

Copahu. — Roséole ou érythème papuleux se montre de préférence sur les mains, les bras, les genoux, les pieds et le ventre. Peut apparaître soudainement et envahir tout le corps.

Le *cubèbe* cause très-rarement des éruptions, et seulement après l'usage de doses massives. On observe une sorte de miliaire sans fièvre ni prurit.

Iode. — Peut déterminer les formes les plus variées d'éruption : érythème, papules, vésicules, bulles, pustules, ou forme hémorrhagique.

Mercure. — D'après Hébra, le mercure à l'intérieur n'occasionne jamais de troubles cutanés. H. Van Harlingen dit avoir observé des éruptions érythémateuses ou scarlatiniformes évidemment dues à ce médicament..

Opium, morphine. — Erythème accompagné d'une vive démangeaison et de desquamation (accidentellement) de la paume des mains et de la plante des pieds.

Acide salycilique et salicylates. — Urticaire spécialement des jambes et de l'abdomen, avec œdème des paupières et du bras. D'autres fois vésicules et pustules sur les mains et les pieds.

Empoisonnement arsenical par le papier de tenture. — Le Dr Kelsey (dont nous avons analysé un mémoire dernièrement), raconte à la Société de clinique de New-York qu'il a été atteint de symptômes d'empoisonnement arsenical dus à un papier vert velouté qui tapissait son cabinet de travail. Un ouvrier venu pour enlever le papier fut atteint au bout de quelques heures de signes d'empoisonnement aigu. Celui qui lui succéda éprouva les mêmes accidents le lendemain. Le domestique qui avait lavé l'appartement fut atteint de crampes et de diarrhée et garda le lit trois jours. Enfin, deux membres de la famille du Dr Kelsey qui avaient surveillé le travail furent atteints à des degrés différents.

Nous n'attachons pas habituellement une importance suffisante au choix de ces papiers qui tapissent nos murs : e fait précédent est de nature à nous rappeler qu'il y a à une cause très-réelle et souvent méconnue d'accidents sérieux.

Pourquoi être médecin ? — Tel est le titre d'un *editorial* article du *Medical and surgical Reporter*, de Philadelphie. En Amérique aussi, on se plaint de l'encombrement de la carrière médicale. « Déjà, dans beaucoup de villes, on compte un médecin par cinq cents habitants. » Ce n'est pourtant, dit le journal, ni une profession facile, ni même lucrative. Quelles sont donc les raisons qui poussent tant de jeunes gens à se jeter étourdiment dans la dure carrière ? Faut-il invoquer une vocation spéciale ? Hélas ! si la vocation est très-respectable elle n'est pas une source de profits. Il n'y a pas de grand corps d'hommes intelligents, *représentant un aussi faible capital*, ni dans les affaires, ni dans toute autre profession. Le plus grand nombre des médecins ne gagnent pas bon an, mal an, deux mille à deux mille cinq cents dollars, et ils s'estiment bien heureux, car beaucoup n'arrivent pas à ce chiffre. Mais de même que les clergymen sont attirés dans les ordres, plutôt par l'espoir de devenir archevêques un jour, que par un salaire insuffisant, de même des jeunes gens, poussés par l'orgueil et la vanité, dédaigneront le commerce, croyant arriver quelque jour, à la haute situation de quelques princes de la science.

Une autre raison, c'est que notre profession ne demande pas de mise de fonds, ou du moins très peu. Il leur semble aussi que c'est une manière commode de gagner de l'argent. Le médecin vient, cause un instant, griffonne quelques lignes sur un morceau de papier, s'en va, et envoie une note de deux ou trois dollars. Cela paraît si merveilleusement facile à l'imagination des classes laborieuses (hard-working classes) que la tentation est grande d'économiser assez pour placer quelqu'un des enfants dans un collége médical. Combien l'apparence les abuse !...

Et à peine entrés dans la pratique, ces jeunes gens aux prises avec les difficultés de la vie, ne songent plus qu'à battre monnaie et avilissent leur profession. C'est pourquoi il n'y a pas lieu de s'étonner que les relations entre praticiens ne soient pas plus cordiales *(harmonious)* qu'elles ne le sont généralement.

En remplaçant, dans le cours de cet article, les dollars par des francs, il pourrait paraître comme article de fond dans un journal français : il serait aussi tristement exact. Il est vrai que nous n'en sommes pas encore à un médecin par cinq cents habitants, mais cela ne peut tarder.

Praticiens et spécialistes — Terminons par une note plus gaie, en empruntant le mot de la fin au *Canada Med. and surg. Journal* du mois dernier. Dans une leçon d'ouverture à l'école médicale ! de King's College, le Dr Johnson, parlant de l'abus du spécialisme, racontait l'anecdote suivante, personnelle au Dr Lathan, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy, savant consommé, qui avait particulièrement publié des travaux sur les affections du cœur et des poumons. Un client qu'il avait récemment guéri d'une affection thoracique lui dit un jour : « Je me trouve fort bien en ce qui concerne mes poumons, j'ai maintenant l'intention d'aller consulter le Dr Watson sur ma santé générale. » — « C'est bien, répliqua le Dr Lathan ; dans votre opinion, le Dr Watson est un architecte, et moi, je suppose, vous me considérez comme un poseur de sonnettes ! »

Et le Dr Johnson concluait en disant à ses élèves : « Soyez architectes, mais en même temps apprenez à poser une sonnette. »

Dr MARSH.

NÉCROLOGIE

Le vice-président de l'association générale des médecins de France, professeur à la Société de médecine de Bordeaux, membre de la Société de chirurgie, etc. M. Mabit vient de mourir.

Ses obsèques ont réuni tout le corps médical de la Gironde. L'assistance était des plus nombreuses et des plus émues.

Les nombreux discours qui ont été prononcés peuvent se résumer en ces mots : *Vir bonus, vir probus, medendi peritus.*

Quel plus bel éloge peut-on faire du médecin Voila un noble héritage pour son fils, interne des hôpitaux de Paris.

Le Concours médical vient de faire deux nouvelles pertes dans la personne de MM. les docteurs Bessières d'Egreville (Seine-et-Marne), et de Lesmer à Cuise-Lamotte (Oise).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

26 Février 1881 — 3me Année. — N° 9

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

A propos de la communication faite, dans la séance précédente, par M. Verneuil, sur le *traitement de la pustule maligne*, M. *Trélat* présente l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans atteinte d'une pustule maligne de la région sterno-mastoïdienne, et qui, entrée à l'hôpital le huitième jour dans l'état le plus grave, fut parfaitement guérie par un traitement consistant en une cautérisation profonde de la partie escharifiée et de la région des pustules, et en une série d'injections sous-cutanées, de trente gouttes chaque, d'acide phénique dilué au centième. Le premier jour, on avait pratiqué quatre injections de ce genre, le lendemain, dix, le surlendemain, vingt, et le quatrième jour quatre. On fit prendre alors à la malade une solution de 50 centigrammes d'acide phénique.

Cette guérison prouve, suivant M. Trélat, qu'il n'est pas indispensable de recourir au traitement compliqué de M. Verneuil, et qu'on peut très-bien se passer des cautérisations ponctuées dans la zone d'induration.

M. *Verneuil* répond qu'il a cru devoir associer ces trois moyens de combattre la pustule maligne, parce que, employées isolément, les cautérisations ou les injections hypodermiques avaient échoué quelquefois. D'ailleurs les cautérisations ponctuées sont très efficaces et n'offrent aucun inconvénient : elles laissent très-peu de traces. — M. *Davaine* affirme que les injections sous-cutanées peuvent suffire, quand elles sont bien faites ; il cite, à ce sujet, trois observations de M. Chipault (d'Orléans).

M. Laboulbène lit un travail intitulé : *Relation de la première épidémie de trichinose constatée en France.*

Il rappelle, dans tous ses détails, l'épidémie de Crespy-en-Valois, dans laquelle, sur vingt et un individus qui avaient mangé de la viande d'un porc trichiné, une jeune fille de quatorze ans a succombé après avoir présenté des accidents d'apparence typhique, avec complication de broncho-pneumonie ; seize autres personnes ont été plus ou moins gravement malades (diarrhée, œdème, douleurs musculaires, etc.); quatorze seulement sont restées indemnes.

Ayant cherché la cause première de cette épidémie, il a acquis la conviction que le porc en question avait été contaminé en mangeant un rat trichiné. Il rappelle, à cette occasion, que M. Vulpian et lui-même ont plus d'une fois constaté la présence de la trichinose chez les rats, et particulièrement chez les rats d'égout.

M. Laboulbène conclut en ces termes :

1° Il y a lieu de répéter que le moyen de rendre inoffensive la viande trichinée est une cuisson suffisante pour que la température de la partie centrale des gros morceaux ou quartiers atteigne 75 degrés centigrades ;

2° Contrairement à l'opinion de Delpech émise en 1866, il y a lieu de recommander à qui de droit d'organiser un système de mesures d'hygiène publique, principalement une inspection géné-

rale des viandes suspectes au moyen du microscope.

M. *Bouley* rappelle que l'inspection des viandes de charcuterie est aujourd'hui confiée à des vétérinaires habitués au maniement du microscope : il ajoute que, du reste, le comité consultatif d'hygiène doit se réunir prochainement, afin d'arrêter les mesures à prendre, pour que les viandes de porcs, venues d'Amérique, soient examinées dans les bureaux de douane de terre et de mer.—M. *Colin* déclare que le seul moyen de tuer les trichines consiste à soumettre la viande contaminée à une ébullition de plusieurs heures, de façon que la cuisson atteigne les parties centrales des morceaux de viande.

M. *Leblanc* reconnaît que les inspecteurs des viandes sont maintenant très-exercés aux examens microscopiques. D'ailleurs, les échantillons de viandes trichinées sont assez nombreux pour qu'ils aient tous pu en avoir sous les yeux.

Mais c'est par tonneaux que ces viandes s'expédient d'Amérique ; c'est par mer que leur importation est la plus considérable; elle ne s'élève pas à moins de 34 millions de kilogrammes, tandis que, par terre, elle atteint à peine 5 à 6 millions de tonneaux. Il est évident que les inspecteurs ne peuvent pas examiner cette énorme quantité de viande plus ou moins suspecte.

M. *Chatin* fait remarquer que c'est précisément l'accroissement des quantités de viandes importées en France qui a attiré l'attention. L'importation, qui était de 30 millions de kilogrammes en 1878, s'est élevée à 38 millions en 1879 et à 39 millions en 1880. Cet accroissement s'explique par le bas prix de ces viandes, qui se vendent 50 à 60 centimes le kilogramme. Or, dans un millimètre carré de chair musculaire, il y a au moins 10 de ces petits kystes, dans lesquels se trouvent une ou plusieurs trichines. Une côtelette de porc peut en contenir 100,000 en moyenne. Une fois dans l'intestin, et avant de se rendre dans les muscles, chaque couple de trichines peut y pondre jusqu'à 42,000,000 de ces animalcules : on voit quelle effrayante proportion de trichines une simple côtelette de porc peut introduire dans l'organisme!

M. *Depaul* s'étonne de ce que, à l'occasion d'une question d'hygiène publique aussi considérable que celle qui se discute devant l'Académie, personne ne songe à insister sur le moyen pratique à indiquer au public pour se préserver de la trichinose. La cuisson à 75° n'est pas un procédé pratique; M. Depaul a fait bouillir un jambon pendant 2 heures et la chair était encore rouge au bout de ce temps.

D'ailleurs les jambons sont de volume et d'épaisseur variables; le même temps de cuisson ne leur est pas applicable. Enfin la cuisinière qui fait cuire un jambon ne sait pas faire usage du thermomètre.

MM. Bouley, Leblanc et Chatin ont parlé de quantités énormes de viandes de porc importées d'Amérique, et qui ne monteraient pas à moins de 39 millions de kilogrammes ; comment les inspecteurs armés du microscope pourraient-ils vérifier l'état de ces viandes ? C'est impossible. La seule mesure efficace serait de prohiber l'importation en France de ces viandes d'Amérique.

Nos lecteurs se rappellent que telle était la solution que nous proposions dans notre nº 8, page 95, parce que nous la regardions comme le seul moyen efficace de protéger la santé publique. Aussi, est-ce avec une véritable satisfaction que nous lisons le décret suivant inséré au *Journal Officiel* :

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce ;

Vu l'avis du comité consultatif d'hygiène publique;

Considérant que l'introduction en France de viandes de porc salées, notoirement infestées de trichines, présente de grands dangers pour la santé publique,

Décrète :

Art. 1er. — Est interdite, sur tout le territoire de la République française, l'importation des viandes de porc salées venant des États-Unis d'Amérique,

Art. 2. — Le ministre de l'agriculture et du commerce et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et publié au *Bulletin des lois*.

L'Académie se proposait de continuer, dans la prochaine séance, la discussion sur la trichinose : nous ne pouvons que féliciter le gouvernement de n'avoir pas attendu, pour prendre des mesures si utiles, les conclusions d'un débat qui ne saurait plus être douteux aujourd'hui.

Dr J. G.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

CLINIQUE MÉDICALE DE M. HARDY.

Sur l'ulcère simple de l'estomac.

I.

Le lit portant le numéro onze de la salle des hommes est occupé par un malade âgé de 40 ans,

garçon de cuisine, et, en cette qualité, prédisposé aux excès alcooliques.

D'habitude, les gens de cette profession, ne mangent guère, parce que les aliments qu'ils voient préparer finissent par leur devenir fastidieux ; dès lors, ils boivent pour se soutenir. Notre malade a eu fréquemment des vomissements pituiteux le matin ; la langue était animée d'un mouvement fibrillaire ; il a passé des nuits agitées, ses mains étaient tremblantes au réveil. Ces caractères suffisent pour établir l'existence de l'alcoolisme.

Il y a trois ans, cet homme eut une affection de l'estomac, se traduisant par des vomissements qui se produisaient indifféremment soit à jeun, soit après les repas et qui étaient tantôt bilieux ou muqueux, tantôt composés de matières alimentaires.

Bientôt se déclarèrent des douleurs vives siégeant à la partie supérieure de l'abdomen, au-dessous de l'appendice xyphoïde et se propageant vers le dos à un point qu'on pourrait fixer au niveau de la dixième ou onzième vertèbre dorsale, douleurs persistant à la même place, continuelles, sujettes à des exaspérations lors de l'ingestion des aliments et ne semblant s'atténuer qu'après un vomissement.

Le malade à la fin de l'année 1878, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de Gubler qui le soumet à la diète lactée, et à une médication alcaline. Assez amélioré dans son état, il sort après 3 ou 4 mois, conservant toujours ses douleurs, mais digérant bien les aliments.

Peu de temps après, il est encore soigné au même hôpital, puis en 1879, Gubler l'envoie à Vichy d'où il revient sensiblement amélioré. Trois mois plus tard, nouvelle entrée à l'hôpital, qu'il quitte en février 1880. Un autre symptôme apparait alors : à cette époque, en effet, le malade aurait vomi un litre et demi de sang de couleur noire qu'il compare à du sang veineux. Pendant son séjour à Beaujon les selles auraient été parfois noirâtres. Y aurait-il eu alors déjà du sang épanché dans l'estomac en trop faible quantité pour être rejeté par le vomissement? C'est un fait plausible si le malade ne nous trompe pas, car il faut remarquer que nous n'avons en définitive, pour juger de son état, que des signes subjectifs. Mais poursuivons l'observation.

En février 1880, cet homme est admis dans le service de M. Desnos qui le traite par le lait, les opiacés, des cautères avec le caustique de Vienne à la région épigastrique. Les vomissements qui se produisaient alors dix, quinze, vingt fois par jour, diminuèrent beaucoup, puis cessèrent et le patient s'en alla pour travailler un ou deux mois, puis rentra dans notre service à la fin de décembre 1880.

On constate à son entrée, les symptômes d'une anémie profonde : les lèvres sont décolorées, la muqueuse oculo-palpébrale est pâle et il existe un souffle à la base du cœur et au premier temps, souffle doux se propageant dans les artères cervicales et qui par son siége, par le temps où il apparaît et par sa tonalité doit être rattaché à l'anémie. Le malade est faible et dit que ses jambes flageolent, qu'elles se dérobent sous lui. Il nous dépeint la douleur avec les caractères dont on a parlé plus haut. Il a eu plusieurs vomissements composés d'aliments à peine digérés. Tout à l'heure encore on a pu remarquer une régurgitation qui a amené une matière blanchâtre, légèrement colorée en rouge. Cette substance, mise en contact avec de la potasse caustique au lieu de devenir rouge comme cela se produit lorsqu'il y a du sang, a pris une coloration jaune. Une semblable particularité n'est pas faite pour dissiper nos soupçons, car il est probable que la teinte rougeâtre des matières vomies est causée par du vin ; notre homme dans ce cas, ne suivrait pas le régime qui lui a été prescrit.

L'estomac, distendu, présente une saillie rappelant la forme d'une cornemuse, et comme en secouant le malade on perçoit quelquefois un bruit de glou-glou, on est autorisé à penser que ce ballonnement est provoqué par un mélange de gaz et de liquides.

Cet homme souffre ; il a une anémie résultant d'une alimentation insuffisante, comme cela se voit souvent dans les affections de l'estomac. L'indication la plus claire, c'est de faire digérer le patient. — Chez les femmes nerveuses, hystériques, il y a des gastralgies, mais les douleurs ne ressemblent pas à celles de notre malade.

Ici les douleurs s'aggravent par l'ingestion des aliments ; dans la gastralgie, elles diminuent le plus souvent quand on a pris de la nourriture.

— Il faut attacher une grande importance à l'hématémèse ; si le sang n'est presque pas altéré, c'est une raison de songer à l'ulcère simple ; si le sang ressemble à du marc de café, pensez plutôt au cancer de l'estomac. Ces règles cependant ne sont pas absolues. Au début, et quelquefois dans le cours d'une affection cancéreuse de l'estomac, et surtout dans la forme encéphaloïde, on peut voir des hématémèses amenant du sang pur. D'un autre côté, l'ulcère simple peut donner lieu à des hématémèses présentant les caractères attribués au cancer. — M. Hardy, rappelle à ce propos, un cas qui s'est présenté, il y a un an, dans son service et dans lequel ce dernier signe l'a induit en erreur. Il s'agissait d'une femme présentant tous les symptômes de l'ulcère simple: siége et caractères de la douleur, vomissements, etc. On pose le diagnostic: ulcère simple de l'estomac. Deux mois après, apparait un vomissement mélanique et malgré qu'on ne sentit pas de tumeur, on réforme le premier jugement qui avait été porté, et l'on diagnostique un cancer. L'autopsie révèle l'existence d'un ulcère. — Enfin, l'hématémèse peut exister en dehors de ces lésions. Chez les femmes nerveuses, hystériques, il peut se produire des hémorrhagies dans l'intestin, l'estomac, les voies aériennes par un simple trouble des vaso-moteurs. Retenons cependant que chez les hommes, et chez les femmes qui ont passé la ménopause, le vomissement de sang, a une grande valeur au point de vue du diagnostic.

Dans le cas présent, nous éloignons l'idée d'un cancer. Cet homme est jeune ; il a éprouvé successivement des améliorations et des aggravations de sa maladie, qui d'ailleurs marche lentement, puisqu'il y a trois ans qu'elle existe, tous symptômes qui ne cadrent pas avec l'hypothèse d'un cancer. Si l'on joint à cela le siége, le caractère des douleurs ainsi que la composition des vomisse-

ments, il faut admettre un *ulcère simple*, lié à l'alcoolisme, et s'accompagnant d'une dilatation de l'estomac, qui, rapprochée de la fréquence des vomissements, ferait supposer que la lésion se trouve du côté du pylore. Ceci nous amène *à parler de l'ulcère simple de l'estomac.*

II.

Historique. — Signalé pour la première fois, en Angleterre, en 1797, comme une maladie particulière, l'ulcère simple n'a été bien décrit, au point de vue de ses symptômes et de l'anatomie pathologique, qu'en 1830, par le professeur Cruveilhier. Depuis lors il a été bien étudié par Rokitansky et par d'autres médecins.

Etiologie. — On accuse surtout les excès alcooliques. Disons, toutefois que, sans méconnaître son influence qui parait i contestable, cette cause ne saurait être la plus importante, et ce qui le prouve, c'est que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, dans la proportion de 1 à 2. Le traumatisme sur les parois abdominales a été invoqué par quelques auteurs, on trouve, il est vrai, quelques observations de ce genre ; néanmoins de pareils cas sont très-rares.

Age. — L'ulcère simple de l'estomac est surtout une maladie de l'âge adulte. Il ne semble pas commencer à se développer dans l'enfance et dans la vieillesse.

Anatomie pathologique. — Sans entrer dans beaucoup de détails à ce sujet, nous dirons que la lésion, d'abord limitée à la partie la plus superficielle de la muqueuse stomacale, peut envahir successivement les tissus sous-jacents et les détruire.

Parfois la paroi est emportée par le travail ulcératif, dans toute son épaisseur, et le péritoine s'enflammant au voisinage, ferme l'ouverture qui s'était produite. Si l'affection progresse et que le péritoine soit attaqué à son tour, ou s'il ne s'est pas formé d'adhérences, les matières contenues dans l'estomac s'épanchent dans la cavité péritonéale par la perforation qui vient de se produire, et il en résulte une péritonite rapidement mortelle. — L'ulcère est généralement rond, mais cette forme peut être modifiée par la jonction de deux ulcères voisins ; tantôt les bords sont coupés comme à l'emporte-pièce, tantôt ils sont taillés en biseau. Le travail ulcératif peut ouvrir un vaisseau, et le malade succombe à l'hémorrhagie. Nous avons là sous les yeux, des pièces conservées provenant d'un malade qui est mort dans ces conditions. On peut voir au milieu de l'ulcère, l'ouverture béante du vaisseau par où l'hémorrhagie s'est faite. — L'ulcère siége de préférence sur la petite courbure, sur la paroi postérieure, et vers la région pylorique. Il peut exister un ou plusieurs ulcères. Parfois à l'autopsie, à côté de la lésion qui a amené la mort, on trouve une cicatrice indiquant une lésion antérieure semblable, qui avait abouti à la guérison.

Diagnostic. — Nous ne reviendrons pas sur les caractères tirés des douleurs. Les vomissements de sang noir, peu altéré, appartiennent à l'ulcère de l'estomac, et sont suivis, un ou deux jours après, de selles ayant l'aspect du cambouis, poisseuses, fétides à l'excès. Dans le cancer il y a des vomissements muqueux ou alimentaires, des vomissements de sang ayant l'aspect du marc de café.

Depuis quelques années que son attention a été fixée sur ce point, M. Hardy a observé que les vomissements bilieux, fréquents dans l'ulcère de l'estomac, *n'accompagnent pas le cancer*. A ses yeux, ce signe est d'une grande valeur pour le diagnostic.

La bouffissure du visage, l'œdème sont rares dans l'ulcère, en dépit de l'anémie qui l'accompagne, et se montrent souvent dans le cancer. L'examen de la langue est d'un précieux secours pour différencier l'ulcère, de la gastrite chronique: elle est saine dans le premier cas ; dans le second elle est blanchâtre ou jaunâtre, saburrale.

Marche. — Elle est essentiellement chronique.

Terminaisons. — La guérison peut avoir lieu, complète, sans récidive, comme l'anatomie pathologique le démontre tous les jours. Mais l'ulcère peut guérir et la mort survenir par inanition, par exemple, après la coarctation provenant des cicatrices qui ont succédé à des ulcères du pylore. Parfois un ulcère guérit, mais il s'en forme un autre qui emporte le malade. La perforation de l'intestin amène une péritonite mortelle, caractérisée par des douleurs très-vives et surtout par un ballonnement énorme du ventre indiquant le passage des gaz de l'estomac dans la cavité péritonéale.

Pathogénie. — Après toutes les théories qui ont été successivement données pour expliquer cette affection, on est arrivé à admettre généralement que dans le principe il y a une lésion des vaisseaux de l'estomac empêchant, en un point de la muqueuse, la nutrition des tissus. Il se forme une petite eschare, et le suc gastrique agit comme un caustique sur la partie dépouillée d'épithélium.

Traitement. — Il réside surtout dans l'alimentation. Le malade est soumis à la diète lactée, déjà indiquée par Cruveilhier. Quand l'amélioration survient, on ajoute quelques pâtes alimentaires, puis des œufs. Enfin on arrive à donner des purées, de la viande hachée, crue, puis grillée. Il faut placer à côté, quelques médicaments utiles au point de vue des symptômes. La douleur sera combattue par l'opium, la morphine en pilules ou en injections hypodermiques, l'extrait gommeux d'opium à la dose de 1 centigr. Les gouttes noires anglaises, (1 à 2 gouttes), administrées avant les repas, font tolérer les aliments. Notez bien que les injections sous-cutanées de morphine donnent de bons résultats, mais il ne faut pas les continuer trop longtemps, parce que les malades s'y habituent et que le morphinisme amène le dégoût des aliments et une anémie profonde.

Contre la lésion elle-même, donnez comme adjuvants de la diète lactée, les alcalins (bicarbonate de soude l'eau de chaux, la magnésie (etc.) qui réussissent dans tous les cas où il y a trop d'acide dans l'estomac. — On a vanté le perchlorure de fer à l'intérieur, et Luton dit en avoir obtenu de bons résultats. M. Hardy pense qu'il n'est utile que dans les cas de gastrorrhagie. Un agent qui lui semble préférable, c'est le nitrate d'argent à

la dose de 2 à 10 centig. en pilules, qu'on peut ainsi formuler :

Nitrate d'argent............ 1 centigr.
Conserve de roses.......... 2 gr.

On ne s'explique pas trop son action, mais on ne peut contester qu'il produise d'excellents effets en certains cas.

En résumé, le traitement de l'ulcère simple de l'estomac se réduit à ceci : Régime lacté, opiacé, alcalin, nitrate d'argent en pilules.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Des syndicats médicaux. (2e lettre) (1)

Les mois de décembre et de janvier nous ont valu un certain nombre de communications relatives aux *syndicats médicaux* : C'est une preuve que cette question est de celles qui ne sont pas indifférentes aux membres du corps médical, et que sa solution intéresse la plupart de nos confrères.

Nous allons analyser de notre mieux tous ces travaux, tantôt en leur faisant quelques emprunts, tantôt en y joignant s'il y a lieu quelques réflexions et commentaires.

Signalons tout d'abord une bien excellente lettre du Dr Moreau, dans laquelle cet honorable confrère constate avec amertume que le public est parfaitement dans son rôle, quand il use et abuse et se moque des médecins.

Ceux-ci, en effet, par leurs divisions, leurs rivalités et souvent leur mauvaise confraternité, ne prêtent que trop le flanc à cette exploitation, et ne savent pas inspirer à ce public la considération qu'ils méritent. Aussi le Dr Moreau se déclare-t-il convaincu qu'il n'y a qu'un moyen de nous réhabiliter et de sauvegarder nos intérêts : c'est l'union sincère, l'accord *effectif* entre médecins en général, mais surtout entre médecins exerçant dans la même localité et voisins de clientèle... Qu'on étudie s'il serait possible et pratique d'étendre à tous les médecins surtout voisins ou de même localité l'obligation de l'union professionelle.

En partant de ce point, il deviendra très facile d'obtenir l'uniformité du tarif, selon les régions ou les diverses classes de clients ; facile d'arriver à l'obligation du recouvrement d'honoraires à époques déterminées ; facile d'instituer un syndicat *ad hoc ;* facile encore de faire choix d'un jury ayant qualité pour juger et régler, même sans appel, toutes contestations relatives à la profession ; pour apprécier avec la sévérité convenable les actes d'ambition, les faiblesses et autres actions reprochables dont les médecins seraient accusés ou coupables. »

Ce dernier membre de phrase montre que notre louable confrère verrait volontiers l'établissement d'une *chambre de discipline* : mais nous croyons que ce serait aller trop loin et empêcher l'adhésion de nombre de confrères au caractère indépendant. Quoi qu'il en soit, cette extension donnée aux syndicats pourrait être l'objet d'une discussion ultérieure.

Dans sa réponse au Dr Barnay, en date du 10 décembre 1880, le Dr Champeaux se déclare un très chaud partisan des syndicats dont il constate déjà la réussite en certains endroits, tout en déclarant qu'il serait déraisonnable de prétendre qu'ils portassent d'emblée tous leurs fruits. Il ne doute pas que l'entente professionnelle ne se fasse. « C'est de haut et de très haut qu'il convient d'envisager notre œuvre. Sachons donc pressentir le but et attendre avec confiance les résultats ; mais sachons aussi nous relever du terre à terre, et quitter les étroites perspectives ; alors nous serons puissants pour tout le bien que nous voulons, que nous pouvons, que nous savons faire ; alors aussi nous réussirons à nous affirmer pour ce que nous valons, et nous aurons promptement reconquis toute la considération qui nous fait défaut un peu par notre propre faute, et beaucoup de par l'esprit de notre société actuelle, etc. »

(1) Voir *Conc. méd.* n° 6, p. 69.

— Un peu plus tard le même confrère adresse une seconde communication dans laquelle il adjure tous ceux de ses collègues qui occupent des places à émoluments dérisoires, de se démettre de ces fonctions et de se constituer immédiatement en syndicats organisés de manière à ce que toutes les compétitions trouvent place et soient admises.

Et il ajoute : « Quand nous aurons des syndicats, je proposerai de repousser avec une inexorable opiniâtreté la dénomination de *médecine gratuite* que les administrations ont trouvé bon d'imposer à nos services, ce qui représente pour nous un piège. Nous devrions exiger la dénomination : *service médical, administratif, rémunéré,* appellation plus exacte, plus précise, plus conforme au fait, qui ne laisse pas croire aux *assistés* que nous devons les soigner *gratuitement*, contraints par l'autorité ou par une loi quelconque.

Le Dr Landry nous adresse d'abord une lettre dans laquelle il constate, lui aussi, que les maux du corps médical ont pour cause principale le défaut d'entente des médecins, l'individualisme qui les livre à l'exploitation d'un public qui se moque d'eux, d'où résulte, pour notre confrère, la nécessité de nous réunir tous pour une action commune.

A cette lettre est joint un travail dans lequel notre honorable confrère développe surtout le moyen de recouvrer nos honoraires, dont une certaine partie reste à perpétuité dans la poche de nos clients. Ce moyen consisterait, selon lui (et il a bien raison), dans le choix que feraient tous les médecins d'une ville ou d'un canton, d'un même agent d'affaires auquel on confierait les notes à recouvrer, moyennant un prorata destiné à lui servir d'émoluments.

La direction du *Concours* nous communique sous le titre : *Chambres syndicales des médecins de France,* un plan d'ensemble susceptible de toute espèce de modifications et duquel on peut tirer bon parti; nous le reproduisons intégralement et nous prions nos confrères de le comparer aux projets des docteurs Cauchy, Beraud, etc.

Quelques bases sur lesquelles on pourrait établir les syndicats médicaux.

I. — Utilité des syndicats.

Le médecin isolé est hors d'état de défendre ses intérêts : pour y réussir, il doit se réunir aux membres de sa profession et constituer : 1° des associations de prévoyance et de secours mutuels (*Associat. géné. des méd. de France*); 2° des associations de défense et de protection des intérêts de ses membres dans l'exercice de leur art (*syndicats*), associations destinées à produire un échange de communications et un concert actif au sujet de cette défense.

L'Association syndicale, doit être librement formée et volontairement respectée. La famille, ainsi constituée, doit être en état de se défendre, surtout dans les questions où il s'agit pour le médecin de ses honoraires, ses seuls moyens d'existence, questions où l'association centuplera sa puissance personnelle, ou tantôt comme *force d'action*, tantôt comme *force de résistance.*

La chambre syndicale assurera au médecin la tranquillité puisqu'elle veillera pour lui à ses intérêts et

lui procurera de précieux renseignements.

Quand les syndicats se seront multipliés et mis en relations entr'eux pour les objets d'intérêt général, ils feront sentir leur action.

II. — But des syndicats.

Ils ne doivent porter aucune atteinte à la liberté de chacun de leurs membres alors même que ceux-ci ont signé les statuts. Ils ne s'occupent ni de politique ni de religion et uniquement des intérêts généraux et locaux.

Ils ont pour but d'établir des rapports permanents entre médecins, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement.

Ils doivent faire connaître à tous les membres les *lois* et *règlements spéciaux* qui intéressent directement ou indirectement les conditions de l'existence du médecin. Ils s'efforcent de concilier les conflits entre confrères, et les soutiennent quand il s'agit de la légitime revendication de droits lésés.

Ils s'efforcent de maintenir les honoraires de la région à un taux rémunérateur et équitable pour les membres du syndicat.

Ils communiquent les renseignements nécessaires pour l'établissement des jeunes confrères, par des rapports suivis avec les syndicats des diverses régions.

III. — Formation et composition.

Les syndicats se composent des médecins de tout ordre qui ont adhéré et sont inscrits par numéro d'ordre sur un registre *ad och.*

Dans la huitaine de l'inscription un exemplaire des statuts, portant le nom de l'adhérent lui est délivrée; il lui sert à prendre part à tous les actes du syndicat. Cet exemplaire porte sur une page spéciale l'état des versements et des amendes payés ou à payer par le membre titulaire.

Chaque adhérent verse une somme au moment de son inscription.

La formation d'un *syndicat médical* ne se proposant qu'en but moral : l'amélioration de la situation de la *corporation*, sa durée doit être aussi longue que la loi le permet et peut être fixée à quatre-vingt-dix-neuf ans.

L'idée de gain, l'espoir d'un avantage individuel sont entièrement éloignés de l'esprit des adhérents.

En conséquence, les membres syndiqués entendent donner librement et abandonner à toujours les fonds qu'ils versent à titre de cotisations, amendes ou dons manuels.

Il ne peut donc se produire en aucun cas une demande judiciaire de liquidation matérielle de l'association.

Un sociétaire qui porterait atteinte à la considération du *syndicat* pourrait être exclu par un vote de l'*assemblée générale*, sur la demande formelle d'un certain nombre de membres; ce membre ne pourrait exercer aucune revendication au sujet des sommes vernon sécs, plus que ses héritiers.

IV. — Administration et fonctionnement.

Le *syndicat* est administré et dirigé par un *conseil* qui prend le nom de *conseil* des *syndics*, le nombre des syndics est en rapport avec celui des adhérents et peut se réduire à un Président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Le syndicat peut-être divisé en sections; il peut former des commissions pour l'étude des questions.

Le chiffre des cotisations est fixé par les assemblées générales.

Les placements de fonds sont faits au nom du trésorier et du président, pour la facilité du retrait.

Les amendes sont encourues pour *contravention aux statuts sociaux*, aux *règlements d'administration*, ou non accomplissement de certaines missions.

La chambre ne saurait actionner en justice ses membres débiteurs ; la contrainte morale doit suffire. La négligence absolue à remplir ses devoirs serait passible de l'exclusion......

V. — Du conseil syndical.

Le conseil est nommé pour une année et rééligible les fonctions de ses membres sont gratuites et honorifiques.

Le *conseil syndical* est chargé de veiller aux intérêts de la corporation et à l'exécution des statuts, de rédiger les rapports aux assemblées, qu'il convoque. Il conseille les membres pour leurs affaires, privées et d'intérêt général. Il représente le *syndicat* taut en demandant qu'en défendant, mais seulement au point de vue administratif.

Il ne peut donc acheter ni vendre au nom du syndicat.

VI. — Nominations des présidents, secrétaires, trésoriers.

VII. — Formalités a remplir pour la convocation des assemblées générales et commissions.

* *

Nous avons maintenant à mentionner une nouvelle peu encourageante.

C'est l'enterrement de première classe décerné avec tous les honneurs possibles à la proposition faite par le Dr Beraud à l'association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, de créer des syndicats professionnels. Le motif du rejet de cette proposition est que « *ce système de syndicat n'est pas pratiquement réalisable et suppose dans le corps médical une perfection de sentiments dont nous sommes encore malheureusement bien loin,* »

Ne soyons donc pas surpris de nous voir si peu considérés par le public puisque nous nous reconnaissons si peu de perfection, de sentiments. Vraiment c'est bien la peine d'être une réunion de gens instruits et bien élevés pour en arriver à ne pouvoir atteindre la perfection de sentiments qu'on rencontre chez les maçons, les vachers, les cordonniers et autres bonnes gens qui, eux, savent bien se réunir et s'unir pour défendre leurs intérêts communs et se procurer le médecin et le pharmacien au meilleur marché possible!

Cependant notre honorable confrère ne se croit pas si enterré que cela; il ne perd pas courage, et il se propose de poursuivre les tentations de réalisation de son idée dans sa circonscription.

En présence des résultats déjà acquis, on ne peut que l'encourager, parce que le succès couronnera ses efforts.

Nous terminerons cette revue en extrayant du compte-rendu de la dix-neuvième assemblée générale de la Société des médecins de la Savoie, plusieurs passages relatifs à la question des syndicats. D'abord le Dr Maximin Legrand rappelle qu'un sentiment sérieux de malaise et d'inquiétude s'accentue de plus en plus dans notre *Association générale*; que, en conséquence, le Dr *Mougeot, président de la Société de l'Aube*, a émis le vœu suivant :

« Il y a lieu de former, à côté de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France et comme son complément nécessaire, une société d'entente professionnelle qui s'occupera uniquement de tout ce qui intéresse l'exercice de la médecine, et établira, entre les efforts des sociétés locales pour l'amélioration de la profession, l'unité sans laquelle ces efforts isolés ne pourront jamais aboutir.»

D'autre part, le Dr *Guillaud*, président de la Société de la Savoie, fait remarquer que la *Société départementale de l'Hérault* demandait le remède à la

création de *conseils de discipline*, mais que la Société ne fera jamais cela pour nous; car elle nous donnerait trop de force et de puissance, et elle a tout intérêt, pour abuser souvent de nous; à nous prendre isolés, et malheureusement parfois divisés. Reste donc à nous organiser nous-mêmes, et nous le pouvons au sein des associations; mais *il faudrait pour cela que pas un de nous ne négligeât de s'y affilier*. Ce jour-là, l'esprit de corps serait tout puissant.

De tout ceci, quelle conclusion tirer?

Qu'il faut nous unir tous! Cela se peut, pourvu que nous le voulions. Bien plus, cette union existe dans certaines régions où elle a déjà porté ses fruits. Pourquoi ne pas suivre les exemples donnés? Pourquoi nous obstiner à demeurer isolés et impuissants, au lieu d'acquérir la force qui résulte de l'*union* et de l'*entente*?

31 janvier 1881. Dr MARGUERITTE. (*du Havre*).

II

Révision de la législation médicale (3e lettre). (1)

I. L'exercice de la médecine.

Les propositions que nous avons résumées jusqu'à présent réclament toutes une protection plus efficace des droits conférés par le diplôme: il nous semble juste d'accueillir une proposition radicalement contraire.

Le Dr F. Leblanc est partisan de l'absolue liberté, — se chargera de guérir ses semblables qui le jugera convenable: c'est au public qu'il appartiendra de prendre ses précautions et d'examiner les garanties.

« Mon avis qui, je le sais bien, n'a pas grand'chance d'être accepté, est celui-ci: *La profession médicale est libre, sous la réserve des articles du code qui atteignent l'homicide, les blessures et les empoisonnements; sous la réserve aussi des articles qui autorisent les victimes ou leur famille à réclamer des dommages-intérêts.*

Ce projet va faire bondir! — Cependant plus je vais et plus je réfléchis, plus je me persuade que le bien des sociétés est là: *liberté dans le droit commun*...

Il résulterait de cette nouvelle législation que ceux qui exerceraient la profession médicale, au lieu de chercher la renommée dans le charlatanisme, seraient contraints de la chercher dans l'honnêteté. De l'excès du mal sortirait le bien, et les clients seraient contraints de s'enquérir eux-mêmes des titres de leur médecin et de ses aptitudes.

...... Je réclame non pas la suppression du diplôme, mais la suppression du monopole insuffisant qu'il confère. Je voudrais aussi la suppression des officiers de santé; si l'Etat donne aux médecins qu'il a jugés dignes une marque de garantie, il ne doit pas accorder une demi-marque.

Entre les diplômes et les autres, le public choisira: la nécessité du choix, du contrôle développera chez lui l'initiative individuelle et l'exercice des facultés qu'un système protecteur annihile, maintenant l'humanité en enfance et en tutelle.

On me répondra que les habitants des campagnes et même le peuple des villes sont trop enfants pour se passer de tutelle et qu'il peut être utile de les diriger quelque peu. — C'est là, je crois un cercle vicieux: a besoin d'être dirigé qui est habitué à la direction. — Qu'on dirige par l'instruction, par la comparaison, mais qu'on ne prétende pas conduire les gens même contre leur gré! »

Nous savons certainement qu'on peut prétendre, avec quelque raison, que le bien finit par sortir de l'excès du mal; mais nous demanderons à notre excellent confrère et ami si les avantages que son système pourrait présenter sur l'état actuel seront tels pour la société qu'elle puisse, sans hésiter, consentir à l'essai de cet excès du mal.

Quoi qu'il en soit, on aurait tort de voir simplement une boutade dans la lettre du Dr Leblanc; nous y trouvons, pour notre part, un certain côté philosophique qu'il ne faut pas oublier tout à fait dans l'œuvre que nous poursuivons.

Nous ne nous rangeons certes pas à l'avis de notre confrère, mais nous ne pouvons pas non plus lui refuser de reconnaître que chacun est libre de se faire soigner comme il l'entend et qu'en aucune façon nous ne saurions nous imposer.

Nous nous inclinons devant les garanties que la Société croit devoir réclamer du médecin; mais nous ne devons en aucune façon prétendre à autre chose que la confiance de nos concitoyens et l'exécution loyale de la part de l'Etat du contrat intervenu entre nous et lui.

II. Médecine et pharmacie.

L'exercice de la pharmacie est régi par la loi du 21 germinal an XI et par nombre de décrets qui, se modifiant les uns les autres, ne sont pas toujours très clairs, mais nous n'avons à nous occuper ici que des dispositions légales qui peuvent intéresser le médecin. Résumons donc cette partie de la législation qui nous concerne:

Art. 25. — Nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou s'il ne l'est dans une des écoles de pharmacie, ou par l'un des jurys, suivant celles qui sont établies par la présente loi, et après avoir rempli toutes les formalités qui y sont prescrites (1).

Art. 27. — Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

Art. 3. — Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicales ou drogues composées quelconques, que d'après la description qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature. Ils ne pourront vendre aucun remède secret..... etc...,

Les prescriptions légales sont formelles et nettement formulées, il n'en est pas de même des sanctions pénales qui doivent réprimer leur violation.

C'est ainsi que l'exercice illégal est puni tantôt d'après la loi du 29 pluviôse an XIII, tantôt d'après l'art. 6 de la déclaration royale de 1777. De même la délivrance de médicaments sans ordonnance de

(1) Voir *Concours médical*, nos 6 et 7.

(1) Le décret du 22 août 1854 a modifié les formes suivant lesquelles sera reçu le pharmacien et les formalités que lui imposait la loi de germinal, mais il n'a modifié en rien le texte prohibitif: *Nul ne pourra*, etc...

médecin, punie parfois comme peine de simple police, peut être punie d'après l'arrêt du parlement de Paris en date du 23 juillet 1748.

Enfin disons que de nombreuses difficultés peuvent survenir entre médecins et pharmaciens, sans que la loi établisse d'une façon régulière, les droits et les devoirs respectifs de chaque profession. C'est à la jurisprudence qu'il faut faire appel; or il faut bien convenir que celle-ci, d'ailleurs très variable, est loin de nous être favorable. Nous sommes donc intéressés à rechercher les cas où notre intérêt professionnel peut se trouver en jeu et à étudier les modifications que nous désirerions voir introduire dans la législation.

Voici d'abord la question du *cumul des deux professions*. L'esprit de la loi n'est pas douteux elle a voulu séparer complètement la profession de médecin de celle de pharmacien; elle n'a cependant édicté aucune prohibition, et aucune peine ne saurait atteindre le pharmacien-médecin s'il est pourvu des deux diplômes.

Cette situation sans inconvénients si le praticien est seul dans le pays qu'il habite, peut devenir intolérable pour les confrères qu'il peut avoir.

« G..., écrit le Dr G. a une population de 6000 âmes et jusqu'en 1872 n'a eu qu'un *pharmacien-officier de santé* pour soigner ses malades.

Je vins m'installer à cette époque et me mis à tenir un dépôt de médicaments pour malades. Tout alla bien jusqu'en 1877, mais à cette époque la commission d'inspection de pharmacie, dans son rapport, demanda au Préfet des Vosges de m'interdire la vente des médicaments.

Je répondis qu'en réalité G... ne possédait pas de pharmacien, que le pharmacien officier de santé s'absentant pour faire, comme moi, des courses au dehors, je ne savais, en son absence, où m'adresser pour faire confectionner les médicaments nécessaires à mes clients.

Je ne reçus pas de réponse et je crus que l'administration prenait le parti de tolérer une irrégularité forcée, mais en 1878, je fus de nouveau mis en demeure par la prefecture. Je répétai les mêmes arguments et crus devoir ajouter : « il est impossible à mes clients d'aller faire exécuter leurs ordonnances chez le pharmacien officier de santé, celui-ci leur fait mauvais acceuil, se livre à des appréciations peu bienveillantes et peut même transformer mes ordonnance à sa fantaisie, » et citant des faits particuliers, je montrai qu'il faisait attendre cinq heures des remèdes à la préparation desquels quelques minutes pouvaient suffire, et qu'enfin son officine était très mal approvisionnée.

L'affaire en resta là, — mais tout dernièrement je viens de recevoir encore de la préfecture une demande d'explications.

Eh bien! je laisse de côté ce qui me concerne, et je demande pourquoi la loi, qui protége le pharmacien contre le médecin, ne protége pas celui-ci contre le pharmacien; pourquoi cette loi, qui interdit au médecin de tenir la pharmacie dès qu'un pharmacien vient s'établir dans la commune, laisse au pharmacien continuer l'exercice de la médecine quand un médecin vient s'installer dans le même lieu et ne le force pas à opter entre l'une ou l'autre profession? »

Nous plaçant exclusivement à ce point de vue général, nous ne pouvons que nous associer à la demande de notre confrère et réclamer contre un état de choses essentiellement préjudiciable à la profession médicale.

Si le mal d'ailleurs est bien connu, si tous sont d'accord pour se plaindre de la concurrence redoutable que nous fait le pharmacien, l'accord cesse quand il s'agit de proposer le remède.

Ce sont en effet les cas particuliers qui déterminent les plaintes de nos confrères, et il est tout naturel que chacun d'eux propose la solution qui lui donne satisfaction. Force nous sera donc de suivre nos correspondants dans les questions diverses qu'ils abordent; nous nous réserverons de grouper plus tard ces communications et d'en tirer quelques conclusions pratiques.

Le Dr Wackenthaler, de Vic-sur-Cère (Cantal), insiste sur une autre face de cette rivalité professionnelle.

« Si le diplôme de docteur en médecine ne confère que des droits pour ainsi dire insignifiants et que nous n'osons même pas revendiquer, il faut avouer que celui de pharmacien (même de 2e classe) *autorise, de fait*, l'exercice simultané de la médecinc et de la pharmacie.

Je n'insiste pas sur les difficultés sans nombre que suscite au médecin des villes le pharmacien qu'il n'a pas su se rendre propice, sur les compromis qu'il doit trop souvent, pour vivre, accepter du cerbère de la fiole; je me borne à examiner les rapports des deux professions dans les campagnes. L'exercice de la médecine y est souvent rendu impossible par la malveillance triomphante du pharmacien; dans d'autres cas, le pharmacien s'absente pendant des mois entiers, et le médecin voit refuser des remèdes à ses clients; ou bien le pharmacien encourage l'exercice illégal, comme je l'ai vu en 1878 dans un chef-lieu de canton où un médecin, appuyé du pharmacien, exerçait avec le seul diplôme de Philadelphie (*officine Von der Nyver de Jersey*).

Sans insister sur un état de choses que peuvent signaler tous les médecins de campagne, je me demande si le remède n'en pourrait être trouvé dans l'extension des droits du médecin. — Qu'est donc en réalité le pharmacien? — Un professeur de l'Ecole de pharmacie de Paris avoue que *la pharmacie n'est qu'un commerce de revente au détail!* Des hôpitaux font gérer leurs pharmacies par des religieuses, des chefs d'usines par des individus quelconques!

En somme, le premier venu peut vendre des remèdes..... le médecin, qui seul a moins de priviléges que les autres, est-il d'ailleurs le premier venu, et court-on plus de danger en se fiant à sa potion qu'en se fiant à sa lancette?

Le Courrier médical, dans son numéro du 6 décembre 1879, proposait un moyen qui simplifierait bien les choses : *ce serait d'autoriser tout docteur résidant dans une commune qui comprendrait moins de..... âmes à fournir ses remèdes à ses malades*. — Rien n'empêcherait de soumettre aussi à un examen pratique ceux qui voudraient user de cette faculté, de soumettre aussi à une inspection sérieuse les médicaments qu'ils pourraient avoir en dépôt, de leur imposer enfin une patente spéciale.

Le lieu, en droit, régit l'acte..... ne vaudrait-il pas mieux faire dépendre cette faculté du chiffre de la population? »

Le sujet est loin d'être épuisé, c'est jusqu'à présent celui qui nous a valu les communications les plus nombreuses. — Limité quant à l'espace, nous sommes donc forcé de remettre au prochain numéro la publication des documents dont nous n'avons pas encore fait usage.

Dr A. Gassot (*de Chevilly*).

ERRATUM. — Une erreur de composition qui s'est glissée dans notre lettre du n° 7, page 81, ligne 12 et 13, rend tout un passage inintelligible. — Au lieu de : les diplômes analogues délivrés en France, *lire* : les diplômes obtenus à l'étranger sont loin d'avoir la même valeur et la même signification que les diplômes analogues délivrés en France.

L'ÉCOLE PRATIQUE DE MÉDECINE

Les plans d'après lesquels la reconstruction de cette Ecole a été entreprise, vont recevoir d'importantes modifications. De nombreuses réclamations avaient été élevées, dès le commencement des travaux, par les professeurs de la Faculté, contre l'insuffisance de l'emplacement actuel, dans lequel il leur paraissait impossible d'installer toutes les salles nécessaires aux nouveaux exercices rendus obligatoires par le décret de juin 1878, et particulièrement les cours d'enseignement libre. D'un autre côté, les habitants des rues limitrophes n'ont cessé de protester contre le voisinage des salles de dissection.

La commission municipale, à laquelle a été confiée l'étude des travaux à faire, pour remédier à cette situation, a successivement repoussé divers projets qui, tous, ne présentaient qu'un caractère provisoire et ne faisaient que reculer une dépense considérable, mais inévitable. La résolution qu'elle a prise et qui a été ratifiée par un vote du dernier conseil municipal, donne satisfaction aux intérêts de la science et à ceux du public.

Elle consiste à adjoindre à l'emplacement primitif les terrains sur lesquels s'élèvent les maisons en bordure de la rue Monsieur-le-Prince et de la rue Racine. Il s'agit d'exproprier quatorze immeubles dont la démolition laisserait disponible une surface de 2,500 mètres carrés environ et isolerait entièrement l'Ecole. La superficie totale de l'ilot, circonscrit par la nouvelle rue des Ecoles, la rue Antoine-Dubois, la rue Monsieur-le-Prince et la rue Racine, aurait ainsi 14.112 mètres carrés.

Cette étendue permettra d'aménager les installations intérieures dans de bonnes conditions d'hygiène et de commodité. Ainsi, les salles de dissection, qui, d'après le premier projet, devaient être placées au premier étage, ce qui, au point de vue du transport des cadavres et du lavage des salles, eût été fort incommode, pourront être établies au rez-de-chaussée et occuperont l'espace compris entre les bâtiments des rues Racine et Monsieur-le-Prince.

Les laboratoires de recherches et d'enseignement des professeurs seront situés dans le vaste bâtiment qui doit être construit en façade sur la rue de l'Ecole-de-Médecine ; les laboratoires des travaux pratiques seront installés dans les constructions en bordure des rues Antoine-Dubois et Monsieur-le-Prince.

Un grand amphithéâtre et six amphithéâtres secondaires seront établis dans l'ancien cloître et pourront contenir 1,800 à 2,000 élèves.

Enfin, une superficie de 1,000 mètres carrés environ, le long du musée Dupuytren, sera consacrée à l'enseignement libre.

La surface construite sera de 9,000 mètres carrés.

La dépense totale, y compris le crédit de 2 millions 1/2 déjà voté pour les travaux en cours d'exécution et la somme nécessaire aux expropriations, s'élève à 6,106,409 fr. Elle sera supportée par l'Etat et la ville.

Ce chiffre est considérable, mais alors que certaines Facultés de province, celles de Lyon et de Montpellier par exemple, sont magnifiquement installées, alors que la Faculté catholique de Lille ne laisse rien à désirer, celle de Paris ne doit pas leur être inférieure. La ville qui renferme les princes de la science médicale ne doit rien négliger pour faciliter leurs travaux et répandre leur enseignement, et si le sacrifice pécuniaire est grand, jamais argent n'aura été mieux employé. C'est une heureuse réforme à porter à l'actif de l'ancien conseil municipal.

(*Union médicale*).

HYGIÈNE.

M. Andrieux, préfet de police, vient de prendre l'initiative de deux excellentes réformes.

Le laboratoire actuellement établi à la Préfecture de Police, et où le vin et le lait saisis par les commissaires étaient seuls examinés jusqu'ici, va être remplacé par une immense salle de chimie, dans la caserne de la Cité. Là seront examinés, outre le vin et le lait, toutes les denrées, viandes, chocolat, café, etc. ; le public est invité à soumettre ces denrées à l'expertise, et moyennant une très faible rétribution, il sera exactement renseigné sur leur qualité.

L'autre mesure prise par M. Andrieux consiste dans l'adoption, pour le transport des malades et blessés, des voitures du même modèle que celles des ambulances de la Presse pendant le siége de Paris. Ces véhicules, en bois verni, tapissés de toile, sont construits de telle sorte qu'on peut immédiatement les laver dans toutes les parties dès que le transport d'un malade est effectué. Par cette simple précaution, dont le défaut a donné lieu, par le passé, à tant de regrettables accidents, on écartera toute possibilité de contagion.

COURRIER.

Emploi du chloral comme anesthésique chez les enfants.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Dans le *Concours médical* du 29 janvier 1881, n° 6, je lis une application du chloral : *2,50 pris en une fois*, à jeun, par un *garçon de six ans*, pour obtenir l'anesthésie. C'est sur le conseil du docteur Bouchut que M. Le Menant a institué ce traitement.

Je lis d'autre part, dans les annales de la Société de médecine de Gand, année 1876 que dans un cas de coxalgie, un médecin voulant recourir à l'application du cautère actuel, chez une *fille âgée de cinq ans*, administra le chloral à la dose de

4 grammes en une fois, une heure avant l'opération (Voir Bouchardat, annuaire de thérapeutique 1876.)

La malade mourut le même jour vers 7 h. 1/2 du soir.

D'après les médecins légistes, chargés de l'examen cadavérique, la cause principale de la mort est le chloral.

Cet agent peut produire la mort de deux manières différentes, quand on l'administre à haute dose, dans le but de produire l'anesthésie.

La mort est la conséquence de la paralysie du cœur (Liebreich et Richardson), ou elle est la suite d'une asphyxie effroyable produite par une hypersécrétion bronchique due à l'action irritante du chloral sur les voies pulmonaires (Rabuteau).

Le chloral qui avait servi à préparer la potion fut examiné et reconnu de bonne qualité.

Dans tout le poumon droit il y avait de nombreux tubercules et une petite caverne.

Je crois qu'il est bon pour les lecteurs du *Concours médical* d'avoir présents à l'esprit les inconvénients de l'administration du chloral à des doses assez élevées pour produire l'anesthésie.

Le chloral est aujourd'hui très à la mode. On en use et on en abuse.

Votre obligé,
Louis de RIDDER.

Waregem (Belgique), 6 février 1881.

Nous ferons remarquer à notre excellent confrère que l'accident qu'il nous signale s'est produit après l'ingestion de 4 grammes de chloral, chez une petite fille de cinq ans : La dose était, il nous semble, exagérée. Dans l'observation que nous avons rapportée, l'enfant avait six ans, et la dose de chloral n'a été que de 2 gr. 50, c'est-à-dire près de moitié moindre, alors que l'enfant était cependant plus âgé ; néanmoins, cette dose a suffi simplement pour produire l'anesthésie. Répétons-le donc : Nous trouvons trop élevée cette dose de 4 grammes de chloral donnés en une fois à une enfant de cinq ans.

Le chloral est certainement un médicament très-actif, dont l'emploi, comme celui de tous les anesthésiques, réclame la plus grande prudence : or, la prudence était d'autant mieux conseillée dans ce cas particulier, que l'enfant était atteinte de tuberculose.

Dr J. G.

VARIÉTÉS

La médecine militaire et l'intendance.

Analyse de l'article de M. Léon Le Fort, paru dans la NOUVELLE REVUE *du 1er février 1881.*

Avant d'aborder l'analyse de ce très intéressant article de la *Nouvelle Revue*, qu'on nous permette de faire en quelques mots l'historique de la question pour les lecteurs du *Concours médical* qui n'auraient pas suivi les péripéties de la lutte engagée contre l'intendance.

La question de la réorganisation du service de santé militaire, est en suspens devant le Parlement depuis bientôt huit ans. A l'Assemblée nationale, la nécessité d'affranchir les médecins militaires du joug de l'intendance était universellement admise, mais cette assemblée ne put mener la question à bonne fin, malgré les consciencieuses études de ses commissions et le rapport du professeur Bouisson. Reprise ultérieurement devant le Sénat, la discussion sur les services administratifs se termine en 1876, par le vote du projet Freycinet qui établit l'indépendance du corps de santé militaire et confie aux médecins la direction du service médical. Ce projet n'est venu en discussion à la Chambre des députés que l'année dernière, toute la tactique de ses puissants adversaires consistant à le faire ajourner indéfiniment, car ils ne doutaient pas que la Chambre ne fût favorable à la cause de la médecine militaire, ou mieux du soldat malade et de l'armée. Cependant, malgré la jonction inutile du projet à la loi générale sur l'administration de l'armée, malgré l'opposition des partisans de l'intendance, l'énergique intervention de MM. Marmottan, Margaine, comte des Roys, allait amener à la Chambre une solution conforme aux intérêts de l'armée, lorsque le Ministre de la guerre est venu, à la fin de la discussion et de la session, demander le renvoi en s'engageant à présenter un projet émané de son initiative.

C'est sur ce projet que la discussion va recommencer ; mais la commission du service administratif s'est ralliée presque unanimément à l'ancien projet du Sénat et a chargé son rapporteur, le comte de Roys, de le défendre à la tribune. En attendant une solution qui ne peut plus tarder et pour essayer de faire pencher la balance de leur côté, les intendants ont cherché des partisans dans la presse politique ou militaire. Malgré leur influence et leur activité, ils n'ont trouvé qu'un défenseur, M. Henrique, qui a écrit un long article dans la *Nouvelle Revue*. En l'insérant, ce journal avait fait des réserves bien naturelles, si l'on songe que son auteur, dont on ne saurait du reste suspecter la bonne foi, a accepté de graves erreurs sur des affirmations dépourvues de preuves suffisantes. Il n'y a pas lieu cependant de regretter cette insertion puisque, avant la discussion prochaine de la Chambre, elle a valu à la cause de la médecine militaire, une magnifique réponse du professeur L. Le Fort.

On ne peut guère résumer tous les arguments serrés et décisifs de cette réfutation, sans leur ôter une partie de leur force ; nous essaierons pourtant d'en indiquer les points principaux.

Et d'abord, M. Henrique ayant classé les faits qu'il croit erronés chez son adversaire, celui-ci adopte sa classification et s'occupe successivement des guerres d'Orient et d'Italie, de la guerre de 1870 et du règlement actuel sur le service de santé militaire.

I. « Pendant le second hiver devant Sébastopol (1855-56), c'est-à-dire après la prise de cette ville, les armées anglaises et françaises avaient eu un sort bien différent ; car tandis que les Anglais ne perdaient par les maladies que 606 hom-

mes, les Français en perdaient par la même cause 21,190. » M. Henrique ne pouvant nier ces faits, attribue une telle différence à ce que l'armée anglaise vint camper « sur un plateau sain et inoccupé jusqu'alors. » Erreur de fait, puisque les Anglais élevèrent des baraquements pour la troupe dans leurs anciens camps, pendant que les Français continuaient à loger dans leurs taupinières (1). L'argument basé sur les fatigues plus grandes que la guerre imposait à nos soldats, n'est pas plus exact, les opérations de guerre ayant cessé, lorsqu'en janvier 1856, éclata la grande épidémie de typhus.

Le seul motif de cette différence de mortalité c'est que les Anglais « donnèrent à leur corps médical toute l'initiative possible pour faire exécuter les mesures commandées par les lois de l'hygiène », tandis que l'administration française, « omnipotente dans son incompétence », ne tenait nul compte des avis réitérés de Scrive, Baudens, Michel Lévy et autres, et ne faisait rien pour améliorer le sort de nos troupes soit comme alimentation, soit comme campement. Le typhus venu, nos malades ne sont pas mieux traités. Les médecins militaires demandent 6,000 lits sous baraques; on donne 5,000 fournitures, dont un tiers sont en réparation. Pour évacuer sur Constantinople les trop nombreux malades atteints de typhus, on les entasse dans les navires « souvent sans paille ni foin, toujours sans matelas, avec une couverture ou une demi-couverture. » Ces malades rarement accompagnés par un médecin, reçoivent fort irrégulièrement leurs aliments ou leurs boissons. Quand, sur la demande des médecins, on finit par accorder à certains malades, quelques aliments exceptionnels, on leur retire 25 grammes de viande.

Misère, encombrement, produits par l'insuffisance de l'administration, voilà les véritables causes de nos pertes en Orient. Aussi quand, par une dépêche du 15 mars 1856 (et non du 15 mai), l'empereur laissa Baudens libre d'agir suivant les inspirations de sa science, l'armée fut sauvée. M. Henrique nie ce « *miracle* », car, pour les besoins de sa cause, il donne à nos troupes en 1856, le choléra qu'elles n'avaient eu qu'en 1855.

Pour finir avec l'Orient, « deux armées, dit M. L. Le Fort, étaient côte à côte aux prises avec les mêmes difficultés... Ce qu'on fit pour l'une, il était possible de le faire pour l'autre, et toutes les arguties ne changent rien au fait brutal. Mais ce qui distinguait les deux armées, c'est que dans l'une le corps médical, libre, indépendant, put appliquer par lui-même, les lois rigoureuses de l'hygiène; c'est que dans l'autre, le corps médical subordonné à une administration méfiante, jalouse de ses droits..., ne put que conseiller des mesures qu'il eut presque toujours la douleur de ne pas voir exécuter. »

II. L'Italie est plus près de la France que la Crimée, pourtant l'incurie de l'intendance n'y fait pas plus défaut (2). « Des documents produits, il ressort, avec une complète évidence, qu'à Voghera nos blessés furent nourris par la charité publique, que beaucoup d'ambulances manquèrent d'instruments, de médicaments, de linge, de matériel de transport, de médecins et d'infirmiers, et que, sur tous les points, l'incapacité notoire des directeurs du service de santé, s'étale dans son effroyable réalité. » Ce manque de personnel et de matériel sur le théâtre de la guerre fut cause, quoi qu'en dise M. Henrique, que beaucoup de nos blessés de Solférino, durent rester sans secours, deux et même trois jours sur le champ de bataille, fait qui servit de point de départ à la conclusion de la convention de Genève.

III. A propos de la guerre de 1870, M. Marmottan avait dit à la Chambre que « les médecins de l'ambulance du premier corps avaient dû se rendre seuls et sans matériel sur le champ de bataille de Reichshoffen, l'officier comptable et le capitaine du train ayant refusé de marcher sans un ordre de l'intendant. » En dépit des dénégations de M. Henrique et d'une lettre de M. l'Intendant de Séganville, le fait demeure établi d'après les témoignages produits de deux acteurs du drame, dont l'un, le docteur Navarre, médecin en chef de l'ambulance en question. Aussi cette ambulance, installée par les médecins seuls dans l'église de Frœschwiller, fonctionna dans de tristes conditions : deux de ses médecins furent blessés, dont l'un mortellement; on ne parvint à sauver les malades de l'incendie de l'église qu'avec l'aide d'un officier et de quelques soldats ennemis, et les pansements ne furent finis que le quatrième jour. M. Le Fort ne met pas en cause la personne de l'intendant, puisque M. de Séganville affirme qu'il était à son poste avec la réserve de l'ambulance, c'est l'organisation qu'il attaque, l'intendant ayant au combat bien d'autres devoirs à remplir.

IV. « La partie la plus curieuse peut-être de l'article de M. Le Fort est celle dans laquelle il prend à part l'intendant au sujet du *règlement.* Ici l'administration s'était donné libre carrière, composant les textes à sa façon..., dénaturant en un mot les citations qu'elle empruntait aux documents officiels (1). » M. Henrique prétend que les règlements confèrent une grande liberté d'action aux médecins militaires et que le conseil de santé dépend directement du ministre. Le conseil de santé est si peu sous l'autorité immédiate du ministre qu'il n'a guère de rapports avec lui que par l'intermédiaire d'un intendant.

Il n'a qu'une action *consultative* sur le personnel et le matériel du service sanitaire. Quant aux médecins des hôpitaux militaires, ils sont, en effet, libres d'administrer à leur gré le quinquina ou l'iodure de potassium, mais ils n'ont pas le droit de s'immiscer dans les détails de l'administration, même en ce qui concerne l'alimentation, le chauffage ou le travail des infirmiers. A côté de cela « le règlement, par un artifice de définition de police hospitalière, confie aux intendants des attributions qui sont du ressort de la médecine et de l'hygiène. »

V. M. Henrique prétend en outre que « l'administration a le rôle d'exercer vis-à-vis du malade au lieu et place de la famille absente, un droit de contrôle sur l'action du médecin, *de*

(1) Trous en terre recouverts d'une tente-abri.

(2) *Progrès militaire* du 5 février 1881. Analyse de l'article de M. L. Le Fort.

(1) *Progrès militaire* déjà cité.

s'interposer entre le pouvoir de celui-ci et la faiblesse de celui-là de protéger l'un contre l'omnipotence de l'autre. »

« Comment ? c'est vous, vous, messieurs de l'Intendance et de l'Administration, c'est vous qui, au nom des familles, êtes *contre le médecin*, les protecteurs du malade ? c'est vous qui devez protéger, contre nous, ce malade auquel nous donnons nos veilles, notre temps, notre santé et parfois notre vie ? contre nous que rien ne rebute, que rien n'arrête ? contre nous, médecins militaires qui, aujourd'hui surtout, exposés sur les champs de bataille au danger commun devons, dans l'excitation de la lutte, conserver, quoi qu'il arrive, le sang froid du chirurgien ? contre nous qui, en temps d'épidémie, savons affronter froidement cette mort, sans gloire, qu'on respire dans une salle d'hôpital? Mais vous n'avez donc pas compris que vous insultiez à la mémoire des *quatre-vingt-deux médecins français*, qui, dans cette campagne d'Orient, ont succombé par le feu de l'ennemi ou sous les coups du choléra et du typhus. Savez-vous ce que vous aviez peut-être à défendre contre nous ? c'est cet argent qui vous tient au cœur et au poids duquel vous pesez tous les services. Oui ! si nous étions libres, nous dépenserions davantage ; mais, avec cet argent, nous sauverions du moins ces malades que vos économie font périr. Oui la journée d'hôpital coûtait aux Anglais en 1866 4,80 cent. et ils n'ont perdu que 606 hommes. Vous êtes fiers de dire que nos malades ne nous coûtaient que 2,60 cent. et vous en avez laissé mourir *vingt et un mille*.

Eh bien ! puisque la question pécuniaire est celle qui vous touche le plus, sachez qu'en laissant mourir en Crimée 21,190 hommes, même en ne les évaluant qu'au prix d'un esclave, vous avez coûté à la France soixante-trois millions, et vous ne comptez pas ce que vous avez coûté aux familles de deuil, de misères et de larmes.

Ce qu'il faut ménager, ce n'est pas l'or de la France ; c'est la vie de ses enfants.

N'allez pas croire que nous vous accusions d'avoir été insensibles aux souffrances de nos soldats; ce serait une abominable injustice. Dévorés de soucis et d'inquiétudes, vous vous êtes toujours montrés anxieux de soulager les misères dont vous étiez les témoins. Mais c'est précisément ce qui condamne le système qui fait de vous les arbitres du *Corps Médical*. Qu'on mette à votre disposition des millions et votre impuissance sera la même ! »

La Prusse, l'Autriche, l'Angleterre, le Portugal, l'Italie, la Russie, la Belgique, la Hollande ont su profiter de l'expérience faite « par les Etats-Unis dans la guerre de sécession, par la Prusse dans les guerres de 1864, 66, 70, par la Russie dans ses dernières guerres, par l'Angleterre dans toutes ses campagnes depuis 1855. » Toutes ces puissances ont donné l'autonomie au corps de santé et ont considérablement amélioré leur matériel sanitaire. De notre côté, aucun progrès accompli. « Impuissance, incompétence, et par suite, indifférence dans la préparation en temps de paix ; impuissance incompétence pendant la guerre : tel est le bilan de l'intendance en tant que directrice de santé. » « Ce qui vous manque, dit, en terminant, M. Le Fort, c'est la science spéciale du médecin, la science de l'hygiéniste, cette science qui nous apprend comment, par de bonnes mesures prises en temps utile, on peut empêcher les épidémies et arrêter leurs ravages, cette science qui nous apprend ce qu'il faut aux malades et aux blessés. Cette science, les médecins seuls la possèdent ; cédez leur donc cette place que, pour le malheur de tous, vous avez trop longtemps occupée ! »

D[r] J.

COMMISSIONS D'ÉTUDES

Nous invitons les membres des diverses *commissions d'études* à intituler leurs communications : lettre I, lettre II, voir n°...

De cette façon les lecteurs se reportant aux précédents exposés pourront se faire une idée nette de l'ensemble.

Il leur sera alors plus facile de nous transmettre leurs critiques. Nous pourrons traduire dans la rédaction de nos *cahiers*, l'expression fidèle de la majorité des nôtres.

Pourquoi ceux de nos *lecteurs* qui ne sont pas membres du *Concours médical* ne voudraient-ils pas nous aider aussi, par leurs communications, à mener à bien la tâche d'intérêt général que nous avons entreprise ?

1° Révision de la législation : D[r] *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : D[r] *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : D[r] *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : D[r] *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : D[r] *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : D[r] *Bibard à Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : D[r] *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le D[r] *Marguerite au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : D[r] *Boëll à Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : D[r] *Hennart à Gacé* (Orne).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

5 Mars 1881 3me Année. — N° 10

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Comme nous l'avions annoncé, l'Académie a continué la discussion sur la trichinose. Bien que nous ayons publié, dans notre dernier numéro, le décret qui prohibe l'importation en France des salaisons d'Amérique, nous allons résumer, pour nos lecteurs, les différents travaux qui ont été présentés à ce sujet, dans le courant de la séance du 22 février. Cette question de la trichinose, question d'hygiène par excellence, intéresse en effet d'une façon générale tous les médecins : elle intéresse tout particulièrement les lecteurs de ce journal, puisque c'est dans le *Concours médical* (1879, n° 14, p. 163), que notre confrère, le Dr Jolivet, a publié la relation de l'épidémie de trichinose observée par lui à Crépy-en-Valois, relation qui a été le point de départ de la discussion actuelle.

M. *Colin* (d'Alfort) lit, *sur les trichines*, un mémoire dans lequel il expose les conclusions des expériences qu'il a entreprises, en vue de chercher un moyen pratique de constater la vitalité ou la mort des trichines. De ces conclusions il ressort que la salaison finit toujours par tuer ces parasites, mais qu'il est impossible de déterminer le laps de temps nécessaire pour atteindre ce but. Ce qui est hors de doute, c'est que le danger est d'autant plus grand que la salaison est plus récente. L'ébullition, au contraire, est un moyen très sûr de rendre inoffensives les viandes trichinées, à condition qu'on la prolonge proportionnellement au volume des morceaux. Le rôtissage à feu nu ne tue avec certitude les trichines que s'il est porté bien au-delà du point où il l'est d'habitude pour le bœuf et le mouton. En résumé, quel que soit le mode de cuisson employé, il faut que les parties centrales du morceau de viande ne soient plus ni saignantes, ni même rougeâtres. Quant à la question étiologique, M. Colin croit que la trichine, tout en existant chez un grand nombre d'espèces animales, ne revient guère à l'homme que par l'intermédiaire de la viande de porc.

M. *Davaine* ne partage pas les craintes éprouvées par ses collègues, et il assure que l'habitude, où l'on est en France de soumettre les jambons à une cuisson prolongée, met parfaitement à l'abri de la maladie les personnes qui mangent du porc trichiné ; et comme les cas de trichinose reconnue et observée ont été rares, il croit que la terreur inspirée par cette affection est exagérée.

M. *Vallin* fait une communication sur le même sujet et recommande, comme ses collègues, la cuisson prolongée (quatre heures pour une pièce de six kilogrammes; cinq heures pour les pièces plus fortes) ; il ajoute que la coloration rouge d'un morceau n'est pas une preuve que la cuisson ait été insuffisante : elle est due au sel qui imbibe la chair et surtout au nitrate de potasse.

— En présence de ces conclusions, faut-il regretter, comme l'ont fait quelques académiciens, les mesures de protection prises par le gouvernement? Nous ne le croyons pas. Sans doute les charcutiers et les marchands de salaisons ont beaucoup récriminé contre le décret que nous avons fait con-

naître à nos lecteurs ; sans doute les producteurs américains vont se trouver lésés dans leurs intérêts ; sans doute enfin la classe pauvre regrettera d'être privée momentanément d'un aliment commode et bon marché : mais n'est-ce pas le premier devoir d'un gouvernement de protéger la santé de ses nationaux contre l'importation d'aliments nuisibles? D'ailleurs, sur ce point particulier, nous n'avons fait que suivre l'exemple de nos voisins, qui, depuis quelque temps déjà, ont prohibé l'entrée, dans leur pays, des viandes de porc trichinées. C'est justement cette prohibition si légitime, à notre avis, qui a fait, dans ces derniers temps, affluer chez nous, en aussi grande quantité, les salaisons d'Amérique. Pourquoi donc la France serait-elle le seul pays auquel il ne serait pas permis de préférer la santé de ses nationaux aux intérêts commerciaux d'une nation étrangère?

Il y aurait peut-être moyen d'arriver à un accommodement : que les producteurs américains fassent vérifier leurs viandes, avant de nous les envoyer, et qu'ils ne nous apportent que des produits certifiés de bonne qualité ; que des inspecteurs habiles examinent ces viandes, à l'arrivée ; et qu'il soit bien entendu que toute marchandise suspecte sera détruite. Il nous semble qu'en plaçant la question sur ce terrain, il y aurait possibilité de concilier tous les intérêts.

Dr J. Geoffroy.

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis

SERVICE DE M. FOURNIER

Du traitement de l'eczéma

De toutes les maladies de la peau, l'eczéma est certainement celle qui a le plus largement mis à contribution les ressources de toute sorte de la thérapeutique : on ferait un gros volume des formules et recettes de pommades, lotions, onguents et autres ingrédients qui ont été proposés pour combattre cette maladie.

Cette richesse apparente d'agents thérapeutiques cache toujours une misère bien réelle, car elle est la meilleure preuve qui puisse démontrer qu'on n'en a jamais rencontré un seul qui soit toujours et vraiment utile. — Tel malade vous dira qu'il a guéri en employant tel moyen ; tel autre, au contraire, vous affirmera qu'il n'a retiré aucune utilité ni de ce même moyen, ni de tous ceux qui ont été tentés. — L'affection en effet paraît céder assez facilement, dans certains cas; tandis que, dans d'autres, elle présente une ténacité, une opiniâtreté vraiment désespérante. D'où vient donc cette inégalité apparente de la maladie?

Mais d'où vient aussi que les eczémas dits professionnels, celui des laveuses, celui des cuisiniers, des forgerons et des boulangers semblent choisir leurs victimes, puisqu'ils respectent tel individu et s'acharnent sur tel autre? d'où vient que l'un se débarrasse facilement, et presque sans rien faire, tandis que l'autre ne parvient pas à se guérir ? d'où vient enfin que nous voyons des malades chez qui le moindre excès de régime, l'usage de certains aliments : homards, coquillages, alcool, café, produisent des poussées d'eczéma, alors que, chez d'autres, les mêmes causes n'engendrent pas les mêmes effets ? C'est que si l'eczéma peut reconnaître certaines causes occasionnelles, si, par exemple, dans le prurigo, dans la gale, le grattage produit souvent de l'eczéma, il faut bien avouer aussi que quelques individus présentent une aptitude toute particulière à contracter et à conserver cette affection. Qu'elle soit héréditaire ou non, cette aptitude existe et constitue une prédisposition que l'école allemande a eu grand tort de nier ; elle rend parfaitement compte des difficultés que peut présenter le traitement de l'eczéma, comme elle rend compte de la marche et de l'évolution que présente cette maladie : on n'a pas affaire à une affection purement locale, on est en présence d'une *diathèse*. Cette notion est d'une importance capitale pour le médecin qui se propose de traiter un eczéma : elle lui épargnera bien des mécomptes.

Mais d'abord se présente une question fort agitée autrefois, et qui a bien perdu de son importance : peut-on, doit-on, sans scrupule, traiter et essayer de guérir l'eczéma? La réponse n'est plus douteuse aujourd'hui : oui, il faut sans scrupule attaquer l'eczéma, et l'on ne doit redouter ni répercussion, ni métastases. Mais ce qu'il est aussi important de savoir, c'est que nous n'avons pas à notre disposition de remède spécifique, nous n'avons que des méthodes thérapeutiques ; tel remède qui convient à telle forme, à tel individu, à telle période ne conviendra pas, ou même sera nuisible à telle autre période, à telle autre forme, à tel autre individu. Le traitement médical doit donc, avant tout, s'efforcer de saisir les indications actuelles de la maladie, en sachant bien, comme l'expérience nous l'apprend, que les différentes formes, les différents états de l'eczéma réclament des traitements différents et quelquefois contraires.

I

Eczéma aigu

L'état aigu présente deux périodes distinctes : dans la première, le processus inflammatoire s'atteste par la congestion et la vascularisation du derme ; la seconde se caractérise par une desquamation sans inflammation. Ainsi l'état aigu peut être : 1° phlegmasique, 2° aphlegmasique. Mais ces deux périodes ne présentent pas toujours des limites bien tranchées, et, par exemple, l'inflammation peut persister encore au moment de la desquamation, ce dont il est facile de s'assurer en soulevant légèrement les squames épidermiques.

A. — Dans la *période phlegmasique*, le traitement ne doit avoir en vue qu'un but : combattre

les phénomènes inflammatoires par les antiphlogistiques et les émollients locaux.

Les moyens dont on dispose sont de trois espèces :

1° Lotions avec la guimauve, l'amidon, le son, ou même simplement l'eau froide.

2° Bains tempérants simples ou additionnés de son, de gélatine ou d'amidon ; ils doivent être pris tous les jours, puis à des intervalles plus espacés, suivant les indications symptomatiques. La température des bains ne doit pas dépasser 30° et 32° au plus, sous peine de les voir devenir excitants, et par suite nuisibles ; enfin il ne faut pas non plus qu'ils soient trop prolongés : 30 à 40 minutes suffisent bien largement

3° Cataplasmes de fécule *froids*. Autrefois les cataplasmes étaient d'un usage journalier ; aujourd'hui on ne les emploie presque plus, car on dispose d'un moyen beaucoup plus actif, beaucoup plus certain.

4° L'enveloppement des parties atteintes dans un tissu imperméable, l'emmaillottement dans la toile de caoutchouc constitue en effet le véritable moyen sédatif dont on dispose contre l'eczéma. Ce procédé, dû à un médecin français le Dr Colson, de Beauvais, est une véritable conquête ; il consiste à emmaillotter, pour ainsi dire, les parties malades dans un tissu imperméable et à les soustraire ainsi, d'une façon absolue, à l'action de l'air extérieur. Il y a cependant deux précautions de détail qu'il ne faut pas négliger d'observer.

1° Ne pas exercer de compression sur la partie enveloppée et laisser, au contraire, entre elle et l'enveloppe, un certain espace qui permette à l'exhalation séreuse de se faire librement.

2° L'occlusion doit être aussi parfaite que possible et ce résultat est facile à obtenir, aujourd'hui que l'industrie s'est appliquée à donner, d'une façon *permanente* au caoutchouc les formes les plus variées : c'est ainsi que l'on fabrique des gants, des caleçons, des masques, des bonnets, des nez, des oreilles, des seins en caoutchouc.

L'occlusion doit être pratiquée d'une façon intermittente : ainsi on applique l'appareil à plusieurs reprises, dans la journée et pendant plusieurs heures, ou même pendant la nuit seulement.

Quels sont les résultat que produit ce traitement?

1° L'enveloppement dans un tissu imperméable possède une action détersive manifeste sur les surfaces eczémateuses. Dès le lendemain de la première application, les croûtes sont tombées et laissent à découvert une surface sécrétante.

2° Le premier résultat, que signalent les malades, est la suppression du symptôme, souvent si terrible, du prurit, qui empêche les malades de dormir et de se livrer à leurs occupations.

3° Son action antiphlogistique est puissante : l'application du caoutchouc est rapidement suivie d'une sédation notable des phénomènes inflammatoires. Le gonflement s'atténue, la congestion diminue : c'est une véritable *défluxion*.

Comment expliquer ce phénomène remarquable? Les uns pensent qu'il est dû au bain de vapeur prolongé ; les autres l'attribuent au dégorgement mécanique de la peau par la sueur ; d'autres enfin voient en cela le résultat de l'occlusion, qui soustrait la partie malade à l'action irritante de l'air.

4° L'emmaillottement abrège la durée de la période inflammatoire, en transformant l'eczéma aigu en eczéma suintant.

5° Supérieur aux cataplasmes, comme simplification du traitement, il devient aussi moins coûteux, puisque le caoutchouc peut servir indéfiniment. Enfin il permet de recouvrir d'une enveloppe protectrice de grandes surfaces sur lesquelles le cataplasme ne s'appliquerait que très difficilement.

Ce procédé présente cependant quelques inconvénients : d'abord il ne réussit pas toujours ; en second lieu, il est un peu cher ; mais à mesure que la consommation augmentera, le prix de vente diminuera ; enfin la mauvaise odeur du caoutchouc incommode quelques malades qui, pour ce motif, refusent d'en faire usage. Dans ce cas, il est très simple de remplacer les toiles de caoutchouc par du taffetas ciré.

Pour être complet, nous ajouterons que, par une exception très rare, certains malades ne peuvent supporter l'emmaillottement qui produit chez eux une chaleur brûlante et vraiment intolérable.

Ainsi le traitement de la période phlegmasique de l'eczéma aigu doit se borner à ces trois points :

1° Bains émollients.

2° Fomentations et lotions émollientes.

3° Emmaillottement dans un tissu imperméable.

A cela doit se borner l'intervention thérapeutique : une médication plus active serait inutile, ou même nuisible. Ainsi on doit proscrire la saignée générale, les émissions sanguines locales ; on doit s'abstenir également de mettre en contact avec les parties malades toute substance irritante, la farine de lin par exemple : par conséquent il faut se garder de recourir aux agents de substitution comme le nitrate d'argent, l'huile de cade et le goudron, dont l'emploi, à cette période, serait pour l'affection un véritable coup de fouet.

Bannissons aussi les pommades de tout genre qui exaspèrent et transforment la maladie. De l'aveu de tous les dermatologistes, les corps gras en apparence les plus inoffensifs, comme la pommade de concombre, le cérat, le cold cream et la glycérine produisent de la congestion et augmentent le mal.

B. — *La période aphlegmasique* de l'eczéma aigu ne prend pas naissance, comme on le dit souvent, au moment où commence la desquamation : le début de la desquamation appartient encore à la période inflammatoire, et la preuve en est que, si on vient à soulever à ce moment les squames, on observe encore une rougeur qui dure plusieurs jours et qui est justiciable du traitement de la première période. Par contre, si on prolongeait trop longtemps ce traitement de la première période, on obtiendrait aussi de mauvais résultats. L'expérience a prouvé que l'emmaillottement lui-même n'était bon qu'à la condition de ne pas être trop longtemps prolongé, car, dans ce cas, il produit un ramollissement, une véritable macération de la peau : les tissus épuisés deviennent incapables

de réaction. Il faut donc surveiller attentivement cette phase de transition de la première à la seconde période. Dès qu'on la verra se produire nettement, on suspendra l'emploi du caoutchouc et, pendant quelques jours, on se bornera à saupoudrer les parties malades de poudres inertes, comme l'oxyde de zinc, le talc, etc. Quelquefois ce simple traitement suffit; plus souvent, la desquamation continue et nécessite l'intervention d'une thérapeutique plus active : c'est alors qu'on trouvera avantage à employer les pommades; d'abord viendront celles qui ne sont pas excitantes, par exemple, la pommade de Wilson, si renommée en Angleterre, et dont la composition est la suivante:

Axonge	20 grammes.
Poudre de benjoin	} ââ 2 grammes.
Oxyde de zinc	

Ou le glycérolé tartrique:

Glycérolé d'amidon	20 grammes.
Acide tartrique	1 gramme.

Si la guérison languit, l'indication se présente de substituer à ces premiers agents d'autres plus actifs, mais capables de ne produire qu'une irritation modérée. Pour remplir ce but, rien n'égale l'huile de cade et le goudron employés à faibles doses :

Glycérolé d'amidon	30 grammes.
Goudron	2 grammes.

Ou bien:

Huile d'amandes douces	30 grammes.
Huile de cade	3 à 4 grammes.

En même temps que ces frictions, les malades prendront deux bains tempérants par semaine ; ils feront, en outre, quelques lotions astringentes avec la solution suivante :

Eau	} ââ 60 grammes.
Glycérine	
Borax	4 grammes.

(*A suivre*) Dr J. G.

MÉDECINE PATIQUE

La Grippe et son traitement.

Dans un précédent article nous avons fait de la thérapeutique d'urgence ; faisons aujourd'hui de la thérapeutique d'actualité. Depuis quelque temps les praticiens ont signalé d'assez nombreux cas de grippe ; il n'est donc pas hors de propos de relever plusieurs points importants dans l'étude de cette affection. Rien ne serait plus commun que la grippe, si on en croyait les gens du monde: J'ai eu la grippe, vous disent-ils, pour peu qu'un catarrhe bronchique assez intense les ait pendant une semaine éloignés de leurs affaires ou sevrés de leurs distractions. Mais ici, comme en bien d'autres cas, gens du monde et médecins désignent par le même mot deux choses différentes ; car la grippe est pour les pathologistes si différente du catarrhe bronchique qu'à leurs yeux « les déterminations catarrhales sur les voies aériennes, pour constantes qu'elles soient, ne tiennent pas la première place dans les manifestations symptomatiques. » (Jaccoud). Qu'on le sache bien, la grippe est une maladie générale avec déterminations multiples, diffuses et d'une intensité variable sur les muqueuses, sur quelques séreuses, sur le système cérébro-spinal ; mais les déterminations locales sont d'une importance secondaire dans la caractéristique de l'affection, *il y a désaccord entre l'état général et l'état local*, toujours le premier prime le second.

Si dans la science médicale, comme dans l'héraldique, la noblesse découle d'une antiquité attestée par actes authentiques, la grippe est à coup sûr une des affections nobles du cadre nosologique ; elle a ses parchemins en règle, sous forme de nombreuses épidémies soigneusement enregistrées par les historiens de la médecine, et pour titres les noms variés, souvent bien bizarres, sous lesquels on l'a désignée tour à tour : coryza suffocant, catarrhe épidémique et contagieux, petite poste, petit courrier, coquette, follette, grenade, allure, cocotte, *morbus russicus*, enfin ceux qui sont les plus usités aujourd'hui *fièvre catarrhale*, *influenza* ou grippe. Ce dernier terme employé par Sauvages pour la première fois prête à différentes étymologies ; vient-il du mot polonais *chrypka* qui signifie enrouement? ou du verbe anglais *gripe*, empoigner, saisir? ou du verbe français *agripper*, attraper subitement comme le chat? Que les linguistes décident.

Ce qui doit frapper avant tout, c'est le caractère hautement épidémique de la maladie qui nous occupe. Depuis l'épidémie de 1580 en Espagne, décrite par Mercado, toutes les fois qu'elle apparaît, elle se présente avec les mêmes traits particuliers dans son mode de propagation, mais non dans sa physionomie symptomatique ; dans telle relation on voit prédominer les manifestations thoraciques, dans telle autre les symptômes abdominaux ou cérébraux ; mais en général l'influenza marche de l'Est à l'Ouest, du Nord au Sud, apparaît en toutes saisons, après des températures froides et humides aussi bien qu'après les chaleurs de l'été ; elle envahit tous les pays et tous les climats et sa marche ne paraît guère modifiée par les dispositions topographiques. Bien différente par exemple du choléra qui va avec les hommes en marche, qu'on peut suivre pas à pas, pour ainsi dire, et qui ne se transmet pas à distance, qui débutera dans un pays par un port du littoral et non par le centre, suivra une rive d'un fleuve et non l'autre, dans une cité dépeuplera une rue entière en respectant la rue voisine, la grippe au contraire n'est influencée dans sa dissémination ni par les fréquences des relations, ni par les voies de communication banales.

De plus c'est une pandémie qui s'attaque aux hommes et aux femmes, aux enfants et aux vieillards et jusqu'aux animaux domestiques, chevaux, chats, oiseaux.

— Autres caractères : si la marche est d'une rapidité variable d'une localité à une autre, en revanche l'explosion des accidents morbides est presque immédiate chez les individus, il n'y a pas de période d'incubation et Biermer s'appuie, pour nier les cas de grippe contagieuse rapportés par certains auteurs, sur ce fait qu'un étranger arrivant dans une localité infectée peut être frappé quelques heures après : c'est le *catarrhe en éclair* le *catarrhe-foudre* (Blitzcatarrh).

— Deux constitutions médicales distinctes paraissent précéder l'invasion des grippes épidémiques ; l'une est remarquable par la fréquence des affections catarrhales des voies respiratoires, l'autre par des affections nerveuses à caractère adynamique ; on a relevé aussi, mais sans raison bien valable, quelque rapport avec les épidémies de rougeole, de suette et même de choléra (1831 et 1837).

Relativement aux causes possibles du développement de la grippe plusieurs opinions ont eu cours.

Fauconnet l'attribue aux grands mouvements de terrain, aux miasmes telluriques que dégagent les fouilles pratiquées dans un sol riche en débris végétaux et animaux.

Schœnbein remarqua que la proportion d'ozone dans l'air atteignit son minimum pendant une épidémie à Berlin, et Granaro à Gênes fit une observation analogue. Mais en somme, comme l'a dit Graves, s'il est probable que la grippe reconnaît pour cause quelque perturbation dans les agents physiques qui modifient la surface extérieure de notre planète, nous ne pouvons sur ce point faire que des conjectures dans l'état actuel de nos connaissances. C'est le cas de dire aux histologistes : « Cherchez le microbe! »

D'ailleurs la notion étiologique intéresse à coup sûr moins le praticien que l'appareil symptomatique de l'influenza. Nous rappellerons, avec M. Brouardel (1), qu'elle est essentiellement polymorphe, mais que trois groupes de symptômes dominent la scène morbide.

1° La prostration ; 2° les manifestations catarrhales ; 3° les douleurs névralgiques.

La caractéristique du début est une lassitude extrême, accompagnée de douleurs contusives dans les membres, dans le dos et dans la poitrine, de frissonnements et d'une céphalalgie violente frontale et sus-orbitaire.

La perturbation nerveuse est parfois assez accentuée pour communiquer au malade un aspect typhoïde, surtout quand viennent s'y ajouter l'insomnie et l'épistaxis.

M. Bucquoy a signalé dans quelques cas un gonflement douloureux et passager des articulations.

Puis le catarrhe apparaît, plus ou moins généralisé aux membranes muqueuses ; rougeur de la conjonctive, larmoiement et photophobie pouvant simuler le début de la rougeole, — il envahit les fosses nasales : éternuements, coryza intense se propageant quelquefois aux sinus frontaux et rendant la céphalalgie presque intolérable. — On peut observer l'angine érythémateuse, et si le catarrhe se propage à la trompe d'Eustache, des bourdonnements d'oreille et de la surdité.

Si l'appareil broncho-pulmonaire est particulièrement atteint, le malade peut présenter une toux sèche, rauque, quinteuse ou un spasme glottique simulant l'angine striduleuse — d'autres fois la toux est moins sèche ; il y a expectoration de crachats d'abord diaphanes, séreux, puis verdâtres, nummulaires, comme ceux du catarrhe rubéolique et de la tuberculose, privés de bulles d'air (Graves). — La dyspnée souvent nulle est parfois d'une intensité tout à fait en désaccord avec les lésions insignifiantes révélées par la percussion et l'auscultation ; chez les asthmatiques, les accès nocturnes de leur affection peuvent être provoqués ou réveillés, (Montard-Martin.)

Au catarrhe du tube digestif se rapportent les nausées et vomissements, la diarrhée, la soif, et si les voies biliaires sont irritées, une teinte subictérique.

Trousseau a signalé un flux utéro-vaginal.

La fièvre peut manquer complètement ou n'apparaître que la nuit et se terminer le matin par des sueurs abondantes ; elle peut revêtir le caractère intermittent, mais le plus souvent il est impossible de saisir un cycle thermique défini.

Le pouls peut être en quelques heures rapide et dur, puis mou et ralenti.

Les urines sont rouges, sédimenteuses, analogues à celles des rhumatisants et des goutteux.

La circulation capillaire de la peau est surexcitée. Cet éréthisme circulatoire se traduit au début par la rougeur vultueuse, plus tard par la diaphorèse généralisée, des éruptions vésiculeuses, miliaires, érisipélateuses.

Nous avons signalé tout à l'heure la fréquence des névralgies : celles-ci se manifestent dans les points les plus différents? névralgie trifaciale survenant par accès, intercostale ou sciatique : elles sont particulièrement intenses et rebelles dans certaines épidémies.

Enfin, dans les cas les plus graves, on a noté l'aspect grippé de la face, le délire suivi de coma, les crampes dans les membres inférieurs, les soubresauts convulsifs. Mais heureusement les formes atténuées sont celles auxquelles on a le plus souvent affaire.

Suivant la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes, on a admis une forme thoracique qui peut aller jusqu'à la bronchite capillaire ou à la pneumonie, une forme abdominale avec gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite, épistaxis, adynamie, ronchus de bronchite, forme qui peut être d'un diagnostic épineux pendant quelque temps avec la fièvre typhoïde et la phthisie aiguë.

Une forme cérébrale ou nerveuse admise par quelques auteurs est rejetée par le plus grand nombre.

Enfin, rappelons qu'on a signalé des formes frustes de grippe où le catarrhe bronchique a fait absolument défaut ; l'élément catarrhe est donc d'une faible importance dans cette fièvre dite catarrhale ; gardons-nous de tomber dans ce que

(1) Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1874.

Van Helmont nommait *catarrhi deliramenta*, la catarrhomanie.

La durée de la grippe, très variable, oscille entre huit jours et deux mois, les phénomènes critiques le plus souvent observés, sont les sueurs, la diarrhée, une poussée d'herpès, un zôna. Elle peut parfaitement réeidiver chez le même individu et pendant la même épidémie : on a désigné ces grippes sous le nom d'imbriquées ou subintrantes. La convalescenee quelquefois longue est marquée par la faiblesse persistante, l'anorexie et une grande suseeptibilité aux impressions atmosphériques. Certains sujets, guéris de leur grippe, sont eneore tourmentés par une toux qui ne cède qu'à un ehangement de loealité, phénomène bien eonnu dans la coqueluche.

Un point important à signaler, e'est que la grippe qui est le plus souvent une affeetion bénigne hors le temps des grandes épidémies, entraîne cependant de graves eonséquenecs quand elle vient à frapper les vieillards atteints de maladies chroniques (dilatation bronchique, emphysème, affection cardiaque), les tubereuleux et les convalescents de maladies graves ou prolongées (fièvre typhoïde, rhumatisme artieulaire aigu). Chez tous ces sujets, le pronostie devra être prudemment réservé.

Le diagnostic est faeile en général, surtout en temps d'épidémie; il devra être fait suivant les formes avee la bronchite simple, l'embarras gastrique, — le début de la rougeole, à eause du catarrhe oeulo-nasal, des éternuements, de la laryngite striduleuse, de la toux férine; toutefois la rémission de la fièvre au troisième jour et l'apparition de l'exanthème lèveront tous les doutes.

La fièvre typhoïde et la phthisie aiguë peuvent prêter à confusion dans quelques eas, eomme nous l'avons dit à l'étude des symptômes; enfin, la fièvre intermittente avec névralgies, surtout dans les pays palustres et la rhino-bronehique spasmodique ou fièvre des foins devront être éliminées dans d'autres eas.

En résumé, la grippe est-elle, ainsi que le croyait Récamier, se fondant sur les rougeurs scarlatiniformes ou érythémateuses qui apparaissent quelquefois dans son eours, est-elle de la nature des fièvres éruptives ? Elle en différerait tout au moins p r l'absenee de eontagion et d'incubation, et eette opinion n'est plus admise.

Est-ce une bronehite épidémique avec symptômes généraux partieuliers, comme le veulent Hardy et Béhier ? Mais comment alors expliquer les cas où avee des signes de pereussion ou d'auscultation insignifiants on observe une dyspnée si intense et ceux surtout dans lesquels la bronchite fait absolument défaut ?

N'est-ce pas plutôt une maladie générale d'emblée, *totius substantiæ* altérant primitivement le sang, avee déterminations ultérieures sur différents organes et surtout sur le système nerveux, avec phénomènes de bronchite parfois très accusés, parfois aussi nuls, en tout cas dans laquelle l'état général primant, tout doit être l'objet de la principale préoeeupation du médecin ? Telle est aujourd'hui, croyons-nous, l'opinion la plus répandue.

Après avoir ainsi rappelé brièvement à nos lecteurs les traits les plus caractéristiques de la grippe, nous devons nous attacher tout particulièrement à étudier les indieations thérapeutiques qui en découlent. Un fait nous frappe avant tout, c'est que l'aspect essentiellement polymorphe de cette maladie ne permet pas d'instituer un traitement général applicable à toutes les épidémies et à tous les cas : suivant que la grippe offre les traits d'une affection décidément inflammatoire, qu'elle est accompagnée de symptômes bilieux, qu'on voit dominer l'éréthisme circulatoire ou l'adynamie, on est amené à instituer de préférence, telle ou telle médication. Pourtant nous croyons qu'on peut d'aberd formuler un prineipe absolu, celui d'éviter tout traitement débilitant. C'est surtout dans les cas où la grippe, même une grippe légère, vient à frapper un sujet déjà affaibli par une affeetion antérieure, un vieillard débilité ou un vieillard précoce, un cardiaque ou un tubereuleux, c'est surtout alors qu'il faut faire une *thérapeutique de prudence* et de *prévoyance*, donner de l'alcool. des toniques, du quinquina. Mais la même règle doit être mise en pratique quand il s'agit de sujets plus robustes ; car il ne faut pas perdre de vue que nous avons à combattre une maladie insidieuse dans laquelle l'état local n'est nullement en rapport avec l'état général ; c'est donc à maintenir celui-ci satisfaisant que doivent tendre tous nos efforts. Par conséquent, si des symptômes d'embarras gastro-intestinal au début nous paraissent indiquer un vomitif, nous prescrirons l'ipécacuanha, mais nous rejetterons l'émétique dont l'effet hyposthénisant pourrait être désastreux.

L'intensité des phénomènes nerveux indique l'emploi dans certains cas des calmants et des antispasmodiques, bromure de potassium, musc, etc. En présence d'une dyspnée intense que n'expliquerait pas suffisamment le peu de gravité des signes d'auscultation, on se rappellera l'origine nerveuse de cette dyspnée, et on en triomphera merveilleusement par les injections hypodermiques de morphine.

Celles-ci présenteront encore l'avantage de calmer la toux souvent opiniâtre et quinteuse; nous proposerions aussi dans ce cas, deux ou trois attouchements de la gorge par jour avec un pinceau trempé dans le mélange suivant, que conseille M. Guéneau de Mussy pour ealmer la sensation de picotement douloureux qui préside au réflexe de la toux.

Glycérine.................	20 grammes.
Borax....................	2 —
Chlorhydrate de morphine.	20 centigr.

On pourrait encore badigeonner l'isthme du gosier avec une solution concentrée de bromure de potassium.

Bromure de potassium.....	10 grammes.
Eau.....................	30 ou 40 gr.

Si les signes congestifs de l'appareil bronehopulmonaire devenaient inquiétants, nous n'aurions nullement reeours aux vésicatoires ; car Graves a parfaitement fait ressortir leur impuissance et leur danger dans la grippe; nous ferions plutôt appliquer à plusieurs reprises des ventouses sèches sur le thorax ou pratiquer des fomentations avec

Bulletin à détacher et à renvoyer sous enveloppe.

CONCOURS MÉDICAL

Enquête sur la situation des médecins et sur les honoraires médicaux en France, les syndicats, la médecine des pauvres.

Nos confrères sont instamment priés de remplir ce bulletin et de l'adresser, sous enveloppe, au directeur du *Concours, 105, boulevard Saint-Michel.*

Ils remarqueront que ce bulletin a un caractère rigoureusement impersonnel et qu'il ne comporte ni signature ni indication de résidence. Ceux d'entre eux qui voudraient sortir de cette réserve et donner des renseignements plus étendus sont invités à joindre, au bulletin non signé, une lettre qui leur donnera complète liberté d'action.

1. Population de votre résidence : environ ?

2. Pays riche aisé pauvre.

3. Exercez-vous hors de votre résidence, à la campagne ?

4. Quelles sont vos plus grandes distances à parcourir d'ordinaire ?

5. Etes vous plusieurs Docteurs, ou officiers de santé ?

6. A quel chiffre estimez-vous la population de votre clientèle?

7. Si vous êtes plusieurs, quel est le chiffre de la population que vous desservez avec vos confrères?

8. Avez-vous besoin de chevaux et de combien ?

9. Faites-vous des tournées régulières ?

10. Quel chiffre d'honoraires inscrivez-vous en moyenne sur vos livres?

11. Quelle est la moyenne de vos recettes?

12. Quel est le chiffre de vos pertes ?

13. Exercez-vous la pharmacie ?

14. Pour quelle somme ses produits entrent-ils dans vos recettes?

15. Avez-vous des traitements fixes ?

16. Ou des ressources spéciales ? lesquelles ?

17. A quel chiffre s'élèvent vos traitements fixes?

18. Avez-vous des sociétés de secours mutuels ?

19 Les traitez-vous à l'abonnement?

20. Dans ce cas à quel taux estimez-vous à peu près le prix de vos visites?

21. Si vous les traitez à la visite veuillez en inscrire le taux à la colonne *ad hoc* du tarif ?

22. Faites-vous avec vos clients des abonnements de famille?

23. A quel taux par famille ? par personne ?

24. Quels sont les genres de charlatanisme et d'exercice illégal pratiqués chez vous?

25. De quelle somme estimez-vous que cet exercice illégal réduit vos recettes?

26. L'ensemble de vos dépenses annuelles est-il couvert par vos recettes médicales?

27. Pourriez-vous élever une famille sans toucher à votre patrimoine ou à d'autres ressource privées ?

28. Quelle est votre situation de fortune ?

29. Combien payez-vous d'impositions ?

30. Combien de patente?

31 Avez-vous recouvré, par vos économies sur vos recettes, le capital dépensé pour vos études et votre installation ?

32. Si oui, en combien d'années êtes-vous arrivé à ce résultat ?

33. Si vous aviez des fils, en feriez-vous des médecinsdans votre résidence ?

34. Etes-vous assuré surla vie ?

35. Si vous mouriez en ce moment votre famille serait-elle dans l'aisance ?

36. Quelle est la réforme de la législation médicale qui vous rendrait le plus de services?

37. La visite des écoles, la loi Roussel, sont-elles appliquées sérieusement chez vous?

38. Croyez-vous à l'utilité des syndicats?

39. Les croyez-vous possibles entre confrères de votre région exerçant sur le même terrain ?

40. Seraient-ils plus praticables entre confrères en rapports moins fréquents?

41. Êtes-vous médecin cantonal ou dans une région où la médecine cantonale est organisée ?

42. Croyez-vous que tout médecin doit être admis à ceservice?

43. Qu'il doit être appelé à former la liste des indigents?

44. Que cette liste doit être établie par tête ?

45. Que les honoraires du médecin cantonal ne doivent pas être inférieurs à ceux qu'il réclame à l'ouvrier ?

46. Accepteriez-vous le traitement fixe ?

47. Le médecin doit-il être rétribué sur simple mémoiredétaillé?

48. Le malade doit-il avoir le libre choix de son médecin, dans le rayon habituel seulement?

49. Le rapport annuel est-il utile ?

50. Médecin cantonal, accepteriez-vous de faire gratuitement la visite des écoles, la vaccination, l'inspection des enfants du premier âge ?

51. Croyez-vous à l'utilité du comité consultatif élu par les médecins cantonaux du département ?

TARIF D'HONORAIRES

Nos Confrères sont priés de n'inscrire dans ces colonnes que les chiffres qu'ils ou pratiqués. Des lignes réservées en blanc leur permettront de suppléer aux omissions. — S'ils veulent proposer des modifications au tarif existant, ils voudront bien le faire sur une feuille spéciale indépendante.

Pour faciliter la comparaison des divers documents, les clients sont divisés en quatre classes : *A. Sociétés de Secours Mutuels, B. Pauvres, C. Aisés, D. Riches.*

Visites	A	B	C	D
Jour : Visite simple, dans la résidence.				
Visite à un kilomètre.				
Visite à deux kilomètres.				
Visite à plus de deux kilomètres par kilomètre.				
Visite faite dans une localité ou l'on se trouve rendu.				
Visite par tournées régulières.				
Visite demandée d'urgence ou à heure fixe.				
Visite en consultation avec un ou plusieurs confrères,				
A. médecin traitant.				
B. médecin consultant.				
Visites suivantes si elles sont répétées				
A. médecin traitant.				
B. médecin consultant.				
Séjour prolongé au lit d'un malade.				
Nuit : Visite simple.				
Visite à un kilomètre.				
Visite à deux kilomètres.				
Visite à plus de deux kilomètres par kilomètre.				
Visite en consultation avec un ou plusieurs confrères médecin traitant.				
A. B. médecin consultant.				
Nuit entière passée au lit d'un malade.				

Consultations	A	B	C	D
Consultation simple.				
Consultation écrite et motivée.				
Certificat simple. Décès. Vaccine.				
Certificat de maladie ou d'aptitude.				
Certificat administratif.				
Certificat judiciaire.				
Petite chirurgie				
Saignée. Section du filet. Ponction d'abcès. Incision, scarifications. Vaccination. Extraction de dent.				
Application de ventouses sèches. Application de ventouses scarifiées.				
Injection hypodermique isolée. Injections hypodermiques repetées.				
Cautérisation simple, application de caustiques. Cautérisation au fer. Charbon (cautérisation). Drainage. Pansement simple. Pansement avec sutures. Pansement avec ligature d'artères.				
Pansement compliqué.				
Cathétérisme isolé. Cathétérisme répété.				

Petite chirurgie	A	B	C	D
Examen au spéculum.				
Examen à l'ophthalmoscope.				
Examen au laryngoscope.				
Electrisation.				
Massage.				
Tamponnement des fosses nasales.				
Tamponnement vaginal.				
Extraction d'échardes, hameçons.				
— Corps étrangers de l'œsophage.				
— Corps étrangers du nez, de l'oreille.				
— Corps étrangers de la cornée.				
Ponction d'hydrocèle simple.				
Ponction avec injection.				
Ponction de l'abdomen.				
Ablation de kystes superficiels.				
Arrachement de polypes du nez.				
Anesthésie locale.				
Anesthésie générale.				
Luxations				
Réduction de luxation de la				
— Hanche.				
— Genou.				
— Pied.				
— Epaule.				
— Coude.				
— Poignet.				
— Phalange.				
— Mâchoire.				
Fractures				
Réduction et appareil				
— Cuisse.				
— Col du fémur.				
— Jambe.				
— Péroné seul.				
— Rotule.				
— Bras.				
— avant bras.				
— Cubitus ou radius seul.				
— Clavicules.				
— Côtes.				
— Maxillaires inférieurs.				
Pansements subséquents.				
Bandages inamovibles.				
Accouchements				
Accouchement naturel.				

Accouchements	A	B	C	D
Accouchement laborieux.				
Application de forceps.				
Version.				
Délivrance simple (seule).				
Délivrance (seule).				
Toucher par constatation.				
Opérations				
Réduction d'une hernie.				
Taxis prolongé.				
Opération de hernie étranglée.				
Opération de bec de lièvre.				
Opération de bec de lièvre double.				
Ablation de cancroïde des lèvres.				
Amygdalotomie.				
Trachéotomie.				
Opération d'ongle incarné.				
Opération de phimosis.				
Opération de paraphimosis.				
Thoracentèse.				
Opération de fistule à l'anus.				
Ablation de tumeurs.				
Ligature d'artères au lieu d'election.				
Lithotritie.				
Amputation de jambe ou cuisse, de bras ou avant-bras, de doigt.				
Assistance à grande opération.				

OBSERVATIONS

de l'eau très chaude sur la région trachéale et la poitrine.

Contre l'éréthisme circulatoire, nous pourrons appeler à notre aide certains antipyrétiques.

Le sulfate de quinine, suivant quelques médecins, ne serait indiqué que dans les cas où la fièvre revêt un type intermittent plus ou moins net; mais nous croyons qu'on peut toujours utiliser son action antithermique.

Nous emploierons aussi l'aconit en rappelant que, pour espérer une action efficace, il faut prescrire l'extrait de racine et non de feuilles.

La moindre menace d'adynamie devra imposer la médication stimulante sous forme de potion de Todd, de thé punché, et les toniques, surtout les préparations de quinquina.

A ce propos nous pensons être agréables à nos lecteurs en leur indiquant deux formules que nous avons entendu prescrire en pareil cas par un de nos maîtres et dans lesquelles viennent se confondre en concourant à un même but plusieurs agents cités plus haut.

Sulfate de quinine............	1 gr. 50
Extrait de quinquina.........	50 centigr.
Extrait de racine d'aconit......	10 —

Pour 10 pilules dont on donnera trois à quatre par jour.

Ou bien :

Poudre de Dower. .	āā 30 centigr.
Sulfate de quinine.	

Pour un paquet administré dans du pain azyme.

Ainsi grâce à l'emploi de tel de ces moyens ou d'autres analogues, un praticien sagace et prudent saura parer avec un réel succès à toutes les éventualités que peut faire naître l'évolution de la grippe, soulager toujours son malade et hâter souvent sa guérison. Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Questionnaire sur la rédaction d'un tarif d'honoraires; sur la situation des médecins en France; sur les syndicats; la médecine cantonale, etc.

Nous savons, par divers essais qui ont été déjà tentés ailleurs, qu'il ne faut pas, en général, attendre de très-nombreuses réponses aux questions qu'on adresse à un groupe de lecteurs.

Quel autre moyen cependant employer pour recueillir des renseignements? Présenter un questionnaire *impersonnel*; rendre les réponses *anonymes*, pour sauvegarder toutes les convenances de celui qui propose une solution; *abréger* autant que possible les questions formulées et les réponses proposées : telles sont les conditions que nous avons cru devoir nous imposer pour atteindre le meilleur résultat possible.

Ce programme rempli de notre mieux, nous n'espérons pas avoir vaincu toutes les difficultés. Nous ajouterons quelques considérations :

La situation du médecin est en général difficile, affirmons-nous : Comment pourrons-nous en fournir la preuve, si nous n'avons pas un certain ensemble de chiffres à l'appui de notre dire? Ce n'est que cette situation gênée de toute une corporation qui peut légitimer ses revendications.

Il nous semble certain que le remède le plus assuré qu'il faut apporter à cette gêne, *consiste dans l'élévation du taux de nos honoraires*, proportionnée au degré d'accroissement de l'aisance de nos clients!

Comment faciliter cette élévation nécessaire, sinon par l'établissement des tarifs régionaux, *obligatoires* ou simplement à *consulter*?

Nous croyons que l'établissement des *syndicats* est une mesure salutaire, opportune, et même nécessaire dans l'avenir, pour résister aux exigences sans cesse croissantes des collectivités avec lesquelles nous avons à traiter, nous aussi collectivement, si nous voulons nous défendre, tout en accomplissant notre devoir social.

Quel moyen avons-nous, autre que le questionnaire, pour connaître l'avis des nôtres, sur cet intérêt si vital de l'opportunité des syndicats?

Nous avons eu, jusqu'à ce jour, nous, médecins, la charge à peu près gratuite de la charité publique; nous en faisons une grande partie les frais. Nous prétendons avoir le droit d'être consultés lorsqu'il s'agit de répartir, entre nous tous, ce lourd fardeau de la *médecine cantonale*, des *bureaux de bienfaisance*, de la *vaccination obligatoire*, de *l'inspection des écoles*, des *enfants assistés et en bas âge*, etc., etc.

Comment trouver la solution de ces questions autrement qu'en demandant une réponse réfléchie, de la part des intéressés?

Que nos confrères veuillent faire en grand nombre, cet *acte de Concours*, qu'ils nous consacrent une heure de leurs loisirs; qu'ils répondent aux questions adressées et, *forts de leur opinion*, nous nous efforcerons d'obtenir les satisfactions possibles.

Nous parlons d'ailleurs principalement à nos *adhérents* qui ont pris des engagements moraux vis-à-vis du Concours médical. Nous leur avons dit bien souvent que le *Concours* sera ce qu'ils voudraient qu'il soit; qu'avec leur assistance nous accomplirons ce qu'un individu isolé ne peut se promettre d'accomplir. Nous venons donc les prier instamment de répondre aux points du *questionnaire renfermé dans le présent numéro* qu'ils peuvent résoudre en connaissance de cause, en négligeant ceux qui leur sont étrangers.

Nous leur donnons l'assurance que les dévoués confrères qui se sont chargés des diverses *études* sauront faire leur profit de cette enquête au bénéfice de notre bien commun.

La demande des renseignements que nous adres-

sons sera, nous voulons l'espérer, accueillie également par les *lecteurs du Concours* autres que ses *adhérents*. La cause que nous défendons est la leur, comme la nôtre. Pourquoi ne voudraient-ils pas, eux aussi, nous prêter l'appui de leurs lumières?

LA DIRECTION.

II

Révision de la législation médicale (4e lettre). (1)

I. L'exercice de la médecine

Les premiers articles ayant trait à *l'exercice de la médecine* nous ont valu plusieurs lettres de confrères, *officiers de santé*, qui protestent contre la suppression demandée du deuxième ordre de médecins.

Nos correspondants ne nous autorisent pas à livrer leur signature : nous le regrettons.

Quoi qu'il en soit, nous insérons leurs observations, car tout le monde, *au Concours médical*, a le droit de dire ce qu'il pense, et si nous ouvrons une enquête, nous voulons qu'elle soit complète et sincère. D'ailleurs, toutes les opinions émises sont personnelles et la direction, pas plus que la commission spéciale, n'entend prendre la responsabilité de l'une quelconque d'entre elles.

Ceci pour répondre à notre confrère E.-A. (Ille-et-Vilaine), qui écrit :

« Je suis étonné que le directeur du *Concours médical* ait voulu se faire l'écho de cette idée du confrère N., contre une partie de ses propres membres, car je suppose que beaucoup d'entre nous n'ont pas hésité à répondre à son appel en se faisant inscrire comme membres du *Concours médical*... Aujourd'hui, après nous avoir appelés en confiance à vous, vous ne craignez pas de répandre, par le journal, l'idée de notre suppression; est-ce logique? Je laisse nos confrères juger. »

De son côté, notre confrère A.-F. (Bouches-du-Rhône), déclare *n'avoir l'intention de blesser les susceptibilités de qui que ce soit*. Convenons donc, une fois pour toutes, que les questions personnelles ne sont pas en jeu, que nous parlons thèse générale et rien que thèse générale, qu'enfin nous étudions des points de droit et que nous ne cherchons en aucune façon à blesser qui que ce soit.

Que nos correspondants se persuadent que nous sommes heureux de les compter parmi les nôtres, que nous n'avons point d'intérêts qui ne soient les leurs et que jamais nous n'avons voulu, ni voudrons les attaquer.

Nous ne pouvons publier *in extenso* les lettres de nos correspondants; tâchons du moins de les résumer fidèlement :

« Il faut maintenir la deuxième classe de médecins, dit M. E.-A., parce qu'après avoir dépensé une partie de son patrimoine pour faire face à ses études et obtenir son diplôme, le docteur ne voudra jamais consentir à s'enterrer dans une campagne pour y gagner 2,000 à 2,500 francs par an : ce serait perdre son avenir. Or, dans ces campagnes malheureuses, les sœurs exercent illégalement et vendent les médicaments... Les habitants seront donc livrés, sans défense à la médecine illégale, au grand détriment de la santé publique. »

(1) Voir *Concours médical*, nos 6, 7, 9.

Et notre confrère ajoute :

« Ce n'est point à l'encombrement que nous devons le malaise que nous ressentons, il y a, selon moi, d'autres motifs plus évidents :

1° Exercice illégal de la médecine, principalement par les sœurs qui, en Bretagne, parcourent tous les jours les campagnes comme moi, faisant une médecine atroce.

2° Vente libre de médicaments par les pharmaciens et les droguistes à toute personne qui se présente chez eux (absolument comme en Angleterre). *Ceci porte le plus grand préjudice au médecin*. Empêchez le pharmacien de vendre des médicaments sans ordonnance de médecin, et le médecin fera ses affaires! Empêchez-le surtout de vendre des médicaments aux sœurs, et que la défense s'applique aux droguistes!

3° Manque d'entente entre confrères, car le public profite de cette animosité pour nous exploiter le plus possible. »

De son côté, M. A.-F., se plaignant des attaques dont les officiers de santé sont l'objet, écrit :

« L'institution des officiers de santé est usée, dit-on; elle a été établie à une époque où il y avait pénurie de praticiens, on aurait dû ajouter aussi : afin de donner libre accès à quiconque se sentirait capable, en diminuant le temps et surtout les frais des études médicales. Les temps peuvent être changés, mais ce qui ne l'est pas, c'est le but de cette institution qui facilite à tous l'accès de la profession. On ne comprendrait pas que l'exercice de la médecine appartînt aux seuls privilégiés de la fortune, sous prétexte qu'il ne faut plus qu'un ordre de médecins.

On ne peut invoquer davantage le motif d'encombrement, *d'obstruction* professionnelle, puisque le nombre des officiers de santé décroît de lui-même. D'ailleurs l'encombrement n'existe-t-il pas dans toutes les professions? Et faut-il supprimer les officiers de santé parce qu'il en est parmi eux qui ne cessent de végéter pendant que d'autres prospèrent? — Les officiers de santé supprimés, l'encombrement reviendra à bref délai, produit cette fois par les docteurs puisque leur nombre augmente chaque année : qui supprimera-t-on alors?

Et quels sont ceux parmi les diplômés qui voudront s'éloigner de la ville et faire place à leurs confrères, pour aller courir par monts et par vaux, végéter dans les campagnes et attendre que les clientèles y deviennent meilleures, grâce à la supression des officiers de santé?

On promet aux officiers de santé que leur situation sera sauvegardée. Mais celle de leurs enfants qu'ils ne pourront pousser au doctorat et pour lesquels ils devront se contenter d'un titre *déprécié selon quelques adversaires, mais non déprécié près du public*, que deviendra-t-elle ?

Au lieu de s'attaquer au deuxième ordre de médecins, il serait plus urgent de combattre l'exercice illégal, la plaie véritable, dont nous souffrons.

. . . .

Notre confrère invoque enfin le désir qu'a toujours un père de perpétuer dans sa famille la profession dont il a vécu bien ou mal, et demande que cette faculté soit laissée à l'humble aussi bien qu'au riche. Enfin il termine :

« On veut qu'il n'y ait plus qu'un seul ordre de médecins, tout le monde y consent, à condition que les frais d'études et d'examens pour le doctorat soient diminués et que le titre soit accessible à toutes les bourses ».

Mais, cher confrère, c'est précisément ce que

tous nous voulons. Si nous demandons la suppression du deuxième ordre de médecins, ce n'est pas, croyez-le bien, pour faire du doctorat une sorte de mandarinat accessible aux seuls favoris de la fortune..... rares parmi nous.

Nous trouvons que les restrictions imposées à votre libre exercice sont absurdes et blessent bien inutilement votre juste suceptibilité. Nous savons, et nous l'avons dit, que parmi vous il est d'excellents praticiens ; nous admettons avec vous que le grec, le latin, l'algèbre, le baccalauréat et le certificat de grammaire n'ont rien à voir ni avec la clinique ni avec la thérapeutique.....

Mais nous disons ceci : l'Etat accumule les difficultés à l'entrée de notre carrière, il exige de nous des études aussi longues que coûteuses, et, quand nous possédons notre diplôme, il est hors d'état de nous assurer les droits qu'il nous a conférés. En fait, il reconnaît des droits égaux à des praticiens qu'il n'a pas soumis aux mêmes épreuves, auxquels il n'a pas imposé les mêmes obstacles — et il est dans l'impossibilité d'agir autrement, car il irait à l'encontre des mœurs publiques. — Dans ces conditions, nous, docteurs, nous sommes lésés et nous demandons l'abolition d'un privilège réel dont nous avons à souffrir.

Nous demandons pour tous les médecins des droits égaux : mais alors ils doivent appartenir à un ordre unique, être reçus dans les mêmes conditions, présenter à l'Etat les mêmes garanties. — Nous ne ferons aucune difficulté pour ajouter à nos revendications la diminution des frais d'études ou telle autre condition meilleure que nos confrères voudront bien indiquer.

En tous cas, nous ne prétendons en aucune façon imposer aux membres du Concours médical une telle manière de voir : nous avons communiqué les premières lettres que nous avons reçues comme nous communiquerons celles qui nous viendront ultérieurement, quelles qu'en soient les tendances. Notre rôle se borne à réunir les pièces du procès, et nous n'avons jamais songé à nous en faire les juges.

Nous serons personnellement obligés d'insister souvent sur les arguments qui nous paraissent les plus solides, même d'indiquer nos préférences — que nos confrères croient bien que c'est uniquement pour provoquer la contradiction indispensable à l'œuvre que nous poursuivons. Que surtout ils n'accusent pas le *Concours*, s'ils rencontrent des opinions qu'ils repoussent et qu'ils trouvent mauvaises : le *Concours* accueillera leurs réponses — il est ouvert à tous, c'est même sa seule raison d'être.

Dr A. Gassot.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La variole et les Esquimaux.

Nous extrayons du compte-rendu de la *Société médicale des hôpitaux* le récit suivant que M. Landrieux a fait à ses collègues de la pitoyable odyssée accomplie par les malheureux Esquimaux qui ont quitté le Labrador pour venir mourir de la variole à l'hôpital Saint-Louis.

« Aucun d'eux n'avait été vacciné; sept, sur huit qui ont été atteints, sont morts, et le huitième est en ce moment à l'agonie. Deux ont succombé après avoir présenté des phénomènes très graves, mais sans éruption. Trois autres ont eu, au contraire, une éruption très confluente, et la variole, chez eux, a pris rapidement la forme hémorrhagique. Voici le résultat de trois autopsies que j'ai pu faire. J'ai d'abord été frappé par ce fait que tous les organes étaient le siège d'une stéatose considérable. Ces hommes ont chez eux une alimentation spéciale principalement composée de poissons, de graisses et d'huiles. Le foie présentait un volume énorme et était graisseux; je constatai également le volume considérable des ganglions mésentériques. Le cœur était le siège d'une surcharge graisseuse. Il y avait des hémorrhagies multiples dans les poumons, dans les reins, dans la moelle elle-même. Le sang présentait aussi des altérations.

« La thérapeutique employée chez ces malades a été absolument nulle. J'ai donné de l'alcool bien que ces Esquimaux ne fussent nullement alcooliques. Le jaborandi est resté sans effet. Tous ceux qui ont été atteints sont morts avec les caractères de la variole confluente hémorrhagique. Quel rôle revient ici à cette stéatose considérable?

« Il serait vraiment utile, en présence de pareils faits, que la loi proposée par M. Lionville sur la vaccination obligatoire fût adoptée et pût être appliquée à tous ces individus arrivant ainsi des pays lointains dans nos climats. »

*
* *

La thoracentèse chez les femmes enceintes.

M. Peter a raconté à la *Société de thérapeutique* qu'une dame, enceinte pour la sixième fois, fut prise de pleurésie au cinquième mois de cette nouvelle grossesse.

On fut obligé de pratiquer la thoracentèse, devenue alors d'absolue nécessité. La ponction évacua la presque totalité du liquide pleurétique, à savoir trois litres d'un *liquide qui était parfaitement séreux*.

Trois jours après, la malade suffoquait.

Il y avait eu, quarante-huit heures après la ponction, une fausse couche et le liquide pleurétique s'était reproduit. Seconde thoracentèse. Mais le *liquide était franchement purulent*.

Cette seconde ponction ne fut suivie d'aucune

amélioration; tout empira. La plaie, due à la thoracentèse, était devenue fistuleuse et laissait écouler constamment du pus.

Une troisième ponction ne donna que quelques gouttes d'un *liquide purulent et fétide*.

La malade était alors en plein délire puerpéral. Elle succomba quatre jours plus tard. A ce sujet, M. Hutinel dit qu'il a observé récemment, à l'Hôtel-Dieu, une femme, enceinte de huit mois, et qui était atteinte de pleurésie. La dyspnée était extrême, et il n'osait, en raison de son état de grossesse avancée, pratiquer la thoracentèse. Sur ces entrefaites, cette femme avorta; il y eut, immédiatement après, une fièvre des plus violentes, mais, deux jours plus tard, cette fièvre tombait, et le liquide épanché se résorbait rapidement. A son tour, M. Ory raconte qu'il a pratiqué la thoracentèse à une femme enceinte de huit mois et qui se trouvait dans le service de M. Woillez. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, et l'accouchement se fit normalement deux semaines plus tard. (*Paris-Médical*)

*
* *

Transmissibilité de la tuberculose des animaux à l'homme.

Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques publie, à ce sujet, un intéressant article dont nous allons donner ici le résumé.

Depuis que M. Villemin a affirmé que la matière tuberculeuse était inoculable aux animaux, des expériences multiples ont démontré la réalité de cette assertion. C'est ainsi que M. Toussaint a pu, tant par inoculation que par ingestion, produire, pour ainsi dire à volonté, la tuberculose dans l'espèce porcine, très réfractaire pourtant à cette maladie.

Dans un cas récemment publié par le *British medical Journal*, la transmission s'est faite accidentellement chez un chien qui, avalant fréquemment les crachats expectorés par un phthisique, devint lui-même tuberculeux, ainsi que le vérifia l'autopsie.

La tuberculose est-elle de même transmissible des animaux à l'homme? Les annales de la Société de médecine d'Anvers rapportent que l'expérience en a été faite en Grèce, dans des conditions que la morale proscrit et que la science ne suffit pas à excuser. On inocula des crachats de phthisique à un homme de cinquante-cinq ans qui souffrait d'une gangrène du gros orteil, suite de l'oblitération de l'artère fémorale, et qui avait refusé l'amputation, seul espoir qui restât de le sauver. Trois semaines plus tard, l'auscultation révélait un léger murmure au sommet du poumon. Trente-huit jours après l'inoculation, le malade mourut des suites de la gangrène, et l'autopsie révéla, à la partie supérieure du poumon droit, la présence de dix-sept tubercules à la première période de développement, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une graine de moutarde, et deux autres tubercules au sommet du poumon gauche.

La phthisie est très fréquente chez la vache, puisque, dans certaines localités, il y a quinze vingt vaches phthisiques sur cent. Or la plupart des propriétaires se débarrassent au plus vite de leurs bêtes malades : ces animaux servent à l'alimentation, et particulièrement à celle de l'armée. On voit tout de suite les terribles conséquences qui peuvent résulter de ce fait. Il est vrai que, dans l'armée, la viande est soumise à une longue ébullition, ce qui est certainement une garantie. Mais quel danger pour les personnes qui prennent de la viande crue à titre de médicament!

Ce n'est pas tout : les expériences de M. Peuch, récemment communiquées à l'Académie des sciences, ont démontré que la phthisie est transmissible au porc et au lapin par le lait provenant de vaches tuberculeuses. S'il en est de même pour l'homme, il serait désormais prudent de ne plus faire usage, surtout pour l'alimentation des jeunes enfants, que de lait bouilli, quand on ne peut avoir, sur sa provenance, des renseignements certains.

*
* *

Guérison spontanée de la phthisie pulmonaire.

Nous trouvons, dans le *Paris-Médical*, traduite des *Medizinische Jahrbücher*, la note suivante qui nous présente un sujet un peu plus consolant que le précédent.

Le Dr Heitler a examiné, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses, ou d'adhérences pleurales, Heilter a trouvé 780 foyers caséeux guéris, sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes, 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante-cinq ans.

Un de ces morts avait 101 ans, un autre 103! Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans 651 cas la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets. La guérison spontanée est, dit l'auteur, plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieurs des poumons. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible. (*Medizinische Jahrbücher*, 1880, Heft III).

M. le Dr Bouchut ajoute que chez les enfants de deux à seize ans, on observe les mêmes faits de guérison. Pour sa part, il a noté 74 cas de tubercules caséeux, durs, enkystés, souvent crétacés, bien isolés des poumons, chez des enfants morts de croup, de fièvre typhoïde, de rougeole, etc... Il a rencontré trois fois de ces tubercules crétacés dans le cerveau.

*
* *

Un nouveau spécifique contre la diphthérie.

Tous les jours la thérapeutique de la diphthérie

s'enrichit de spécifiques nouveaux, et les déceptions vont s'ajoutant aux déceptions. Dernièrement, un de nos collaborateurs, voulant pour notre édification à tous, porter ses regards en arrière sur le chemin parcouru, a dû faire une véritable classification des médications imaginées contre ce terrible fléau. A cette longue revue d'agents aussi nombreux, aussi variés qu'infidèles ajoutons-en encore un sur lequel l'expérience n'a pas encore prononcé : c'est de la pilocarpine qu'il s'agit.

Le *Nouveau journal médical* raconte, d'après le Wien Mediz.-Blatt, que, depuis un an et demi, le Dr Giorgio Guttmann de Constadt a traité 81 cas de diphthérie par la pilocarpine, sans perdre un seul malade.

Dilewsky de Crabow a trouvé ce remède efficace dans un cas désespéré. La guérison a été obtenue ordinairement dans l'espace de vingt-quatre heures à trois jours, et, dans l'espace de neuf à onze jours, pour les cas les plus graves. La pilocarpine est administrée à l'intérieur ; on y ajoute de la pepsine qui agit contre le catarrhe intestinal et exerce une action dissolvante sur les fausses membranes.

Voici du reste la formule pour les enfants :

R. Pilocarpine muriatique.	de 0,02 à 0,04
Pepsine	de 0,06 à 0,08
Acide chlorhydrique. .	2 gouttes.
M. D. S. Eau distillée. . .	80 —

Une cuillerée à thé toutes les heures.

Pour les grandes personnes :

R. Pilocarpine.	de 0,03 à 0,05
Pepsine. . . , ...	2
Acide chlorhydrique. .	3 gouttes.
Eau.	240 —

Une grande cuillerée toutes les heures.

La salivation est promptement obtenue et produit un effet très favorable. L'auteur n'a jamais observé de conséquences fâcheuses; il ordonnait d'ailleurs à chaque malade de prendre, après le médicament, une cuillerée de vin hongrois et recommandait de suivre rigoureusement la prescription toute la nuit. « Beaucoup de médecins, dit-il, ont le préjugé souvent fatal qu'un moment de sommeil est plus salutaire que tous les médicaments; je pense, au contraire, que le sommeil contribue à produire de la sécheresse, de l'inflammation, du gonflement et de l'exsudation diphthéritique.

« Trois fois par jour, c'est-à-dire toutes les huit heures, j'applique autour du cou une compresse excitante, et en outre, toutes les deux heures, j'ordonne l'administration de petites quantités de lait chaud, de café et de soupe ; enfin, comme un véritable adjuvant, je fais prendre de l'eau en assez grande abondance : l'eau doit être froide ou refroidie au moyen de la glace, mais je me garde bien d'ordonner celle-ci par petits morceaux. »

* * *

Rupture transversale de la paroi antérieure du vagin.

Une femme robuste de quarante et un ans entre à la clinique du docteur Charlier (de Bruxelles). Le travail était commencé et la poche des eaux rompue depuis cinq heures environ. Bien que le col de l'utérus ne fût guère effacé, l'orifice interne admettait l'extrémité du doigt. Le lendemain, dans l'après-midi, le col n'était pas encore tout à fait effacé, quand la femme fut prise de frissons, de nausées et de vomissements. Le soir, la dilatation était complète et la tête modérément engagée : les bruits du cœur fœtal avaient cessé de se faire entendre.

Le surlendemain matin, la tête était au même niveau. La parturiente, épuisée par les douleurs qui avaient été très fortes, était dans le collapsus, traits tirés, pouls imperceptible, subdelirium. Bien que la palpation n'offrît rien d'anomal, M. le Dr Charlier crut pouvoir diagnostiquer une rupture de l'utérus. La malade mourut vers onze heures du matin et la version fut immédiatement pratiquée : mais l'enfant était déjà en voie de putréfaction.

A l'autopsie on trouva le diamètre antéro-postérieur du bassin réduit à 6 centimètres par la présence, à la face postérieure de la symphyse pubienne, d'une tumeur fibro-cartilagineuse, mesurant deux centim. de largeur sur un centimètre d'épaisseur. En enlevant la matrice, on constata une rupture transversale complète du vagin près de son insertion à l'utérus. Cette rupture avait quinze centimètres de longueur.

(*Presse méd. Belge et Gaz. des hôpitaux*).

Ceux de nos lecteurs qui se rappelleront le travail de M. le Dr Poulet, se demanderont si la version, pratiquée à temps, comme le conseille notre confrère, n'eût pas sauvé la malade.

* * *

Rupture de l'utérus.

M. Queirel a fait connaître à la *Société de médecine de Marseille*, un cas de rupture utérine. Une femme de Berre était à sa quatrième grossesse. Au début du travail, la sage-femme constata une présentation de l'épaule droite en première position, avec procidence du bras. Elle donna *d'abord la poudre* et fit *ensuite* appeler un médecin : tous deux tirèrent sur le bras qui se fractura. C'est à ce moment que la mère fut conduite à la *Maternité. La matrice ne se contractait* plus, le pouls était petit et lent et la malade avait des syncopes; on diagnostiqua une déchirure du vagin et la malade succomba peu après la délivrance : on constata alors une rupture utérine au niveau du cul-de-sac.

Il est bien pénible de voir une sage-femme administrer, en dépit du bon sens et des règles de l'art, l'ergot de scigle pour faciliter l'accouchement dans une présentation de l'épaule ! Mais à Paris même, beaucoup de sages-femmes ont encore l'habitude de prescrire *la poudre* dans tous les cas et comme un moyen commode de rendre l'accouchement plus facile et plus rapide. Cette triste manie tue bien des enfants et bien des mères.

Dr J. Geoffroy.

REVUE CLINIQUE

Des varices chez la femme enceinte.

D'après la thèse d'agrégation de M. Budin.

On s'accorde généralement à désigner sous le nom de varices ou de phlebectasies, toutes les dilatations permanentes des veines. Elles méritent d'être étudiées particulièrement chez la femme enceinte, à cause des accidents plus ou moins graves auxquels elles peuvent donner lieu.

L'auteur passe successivement en revue: 1o Les varices des membres inférieurs; 2o les varices des organes génitaux externes et internes: 3o les varices de l'anus; 4o les varices de l'urèthre et de la vessie; 5o les varices du tronc.

1. *Varices des membres inférieurs.* — Elles se divisent comme les veines elles-mêmes, en superficielles et profondes.

Anatomie pathologique. — Nous n'entrerons dans aucun détail sur les catégories qu'on a voulu établir d'après les divers degrés d'altérations que présentent les veines passées à l'état de varices. Nous ne parlerons que des phlebectasies moyennes qui sont les plus fréquentes, et que tout le monde connaît. Elles sont caratérisées, d'après M. Cornil, par une tendance à la prolifération du tissu conjonctif des veines, surtout de la couche interne de la membrane moyenne. Entre les éléments de tissu conjonctif si abondants dans les hypertrophies variqueuses des veines, les liquides contenus dans l'intérieur des vaisseaux peuvent facilement s'infiltrer, et causer des œdèmes passifs ou inflammatoires. L'épaisseur de la tunique moyenne ainsi modifiée est de deux à dix fois plus considérable qu'à l'état normal, tandis qu'au niveau des dilatations ampullaires ou fusiformes, la paroi est d'habitude singulièrement amincie.

Etat du sang. — Le plus souvent, le sang, en dehors de l'influence de la grossesse, n'est modifié, du chef des varices, que dans sa circulation, qui est plus lente qu'à l'état normal.

Etat des parties voisines. — Chez un certain nombre de femmes, les tissus entourant les veines dilatées, sont épaissis, lardacés, mais il est probable qu'il n'existe pas de modification permanente, et qu'à l'exemple de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané qu'on remarque chez la plupart des femmes gravides, cet épaississement passager disparaît après l'accouchement.

On ne constate plus les caractères qui auraient dû subsister s'il s'était produit une véritable altération du tissu cellulaire.

Parfois cependant il y a des lésions réelles qui favorisent, comme on le verra, l'apparition des complications.

Symptômes des varices superficielles. — L'aspect présenté par les varices varie suivant le siége et le degré des dilatations. Tantôt il n'existe que des varices capillaires pouvant simuler des ecchymoses.

On en reconnaîtra la nature en pressant avec un doigt sur la tache qui devient blanchâtre passagérement dans le cas de varices, par le refoulement du sang dans les vaisseaux. Parfois on aperçoit des veinules rectilignes ou étoilées, rouges ou d'un blanc rougeâtre. Le plus souvent on constate facilement à travers la peau, la dilatation des vaisseaux d'un plus fort calibre tels que les saphènes et leurs collatérales qui forment des réseaux losangiques à grand axe vertical. Si les veines s'allongent, elles constituent des flexuosités ou même des pelotons variqueux.

Tantôt il n'y a pas diminution d'épaisseur des parois à leur niveau; tantôt, au contraire, il semble qu'une paroi très-mince sépare le doigt de la lumière du vaisseau.

Les tissus circonvoisins sont généralement épaissis, et l'on pourrait croire parfois à un caillot obturant la veine; il sera facile de ne pas se laisser induire en erreur, si l'on songe qu'une veine superficielle contenant du sang coagulé, donne la sensation d'un cordon dur, mobile, roulant sous le doigt.

L'exploration est douloureuse, ce qui n'a pas lieu d'habitude pour la phlébectasie, qui est insensible, et il n'y a pas de coloration bleuâtre de la peau.

Les paquets variqueux logent de préférence à la partie postérieure du mollet, au niveau de la tubérosité supérieure et interne du tibia, au voisinage de la patte d'oie, ou sur la face interne de la cuisse.

Le membre, dans son ensemble, augmente de volume. Quelques femmes éprouvent de la gêne lorsqu'elles veulent marcher et parfois une véritable parésie: des picotements, des fourmillements et même une douleur obtuse, tous symptômes qui tendent à s'atténuer par le repos dans la position horizontale.

D'habitude les varices surviennent après plusieurs accouchements et augmentent de volume à chaque nouvelle grossesse, mais elles peuvent survenir à n'importe quel moment de la gestation chez une femme enceinte pour la première fois, tantôt même elles apparaissent tout à fait au début et dans ce cas peuvent constituer un signe de gravidité d'une grande valeur.

Les varices de la grossesse disparaissent presque toujours peu de temps après l'accouchement.

Pendant l'acte de la parturition, les varices des membres inférieurs subissent peu de modifications: « Cependant, dit le Dr Cazin, on les voit quelquefois se gonfler, devenir turgescentes pendant l'effort qui accompagne les douleurs expultrices, sans qu'il en résulte d'accidents. »

A suivre. Dr E. SALLES.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

12 Mars 1881 — 3me Année. — No 11

SOMMAIRE :

ELECTION DU PRÉSIDENT

de l'association générale des médecins de France.

Elu le 16 mars 1875 par 2447 voix, sur 2496 votant, le *Président* est soumis à une nouvelle investiture, en vertu des *statuts.*

Nous espérons que tous les membres de l'*Association* voudront prendre part à l'élection et consacrer par leur *unanimité* le renouvellement du mandat de M. Henri Roger.

Ce ne sera que la juste récompense de sa fidélité à remplir le programme qu'il a exposé et résumé en 1875 par ces deux mots : Tradition et progrès.

La tradition a conduit l'Association au succès le plus éclatant; des progrès considérables ont été accomplis durant les cinq dernières années.

Assurément votre futur président en rêve de nouveaux ; il saura bien les mener à bonne fin. Nous ne lui ferons, pour notre part que deux demandes.

Progrès : Qu'il veuille bien appliquer la puissance dont il dispose à rendre plus accessible l'*Assurance sur la vie* aux médecins.

Tradition : qu'il examine s'il ne serait pas avantageux de rendre, dans *l'annuaire* aux comptes-rendus des *Société-locales* la place qu'ils ont moment occupée, au grand bénéfice de l'esprit d'initiative et de l'étude fructueuse des questions professionnelles.

Ce faisant il aura, dans sa nouvelle période présidentielle, rendu de nouveaux et éclatants services à la cause, doit il est le représentant si digne et si respecté.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *J. Rochard* a communiqué à l'Académie la relation d'une épidémie de suette miliaire qui a régné dans l'île d'Oléron pendant l'été de 1880.

Après avoir rappelé les épidémies de 1849 et de 1854, M. Rochard raconte que la nouvelle épidémie a débuté, dans les premiers jours de juin 1880, au village des Allards, un des plus insalubres de l'île. Elle y resta cantonnée jusqu'au 2 juillet et y fit cinq victimes.

Le 2 juillet, un homme d'un village voisin vint aux Allards pour assister à un enterrement : rentré chez lui, il fut pris de fièvre, d'étouffement, de délire et mourut avant l'arrivée du médecin, moins de douze heures après le début des accidents. Dès lors l'épidémie envahit la commune et l'île tout entière. Le nombre des malades s'accrut si rapidement que les deux médecins de l'île se trouvèrent débordés et qu'il fallut demander le concours des médecins de la marine.

L'épidémie s'arrêta brusquement à la fin de juillet : elle avait été exactement semblable à celles qui ont été observées à d'autres époques : elle a eu même début brusque, même évolution rapide ; sueurs profuses, et éruption caractéristique, avec la douleur épigastrique, l'anxiété respiratoire souvent poussée jusqu'à la suffocation, la constipation et l'insomnie. Les médecins ont noté la même marche souvent foudroyante de la maladie, dont la durée, dans quelques cas, n'a pas dépassé douze heures.

On a constaté également la promptitude avec

laquelle les cadavres tombaient en putréfaction : et il semble que la contagion, qui d'ailleurs marchait dans une direction contraire à celle du vent, se faisait plutôt par le contact et les émanations des cadavres que par la fréquentation des malades.

La température des malades était, au début, de 38°,6 à 39° ; 37° pendant les sueurs; 41°, 42° et même 42°,3 quand la maladie s'aggravait.

Pour le traitement, l'agent thérapeutique, qui a paru produire les meilleurs résultats, est l'ipéca, conseillé par M. J. Guérin dans son rapport de 1851. Les affusions froides ont été fort utiles. — Quant au sulfate de quinine, on n'a pu trouver son indication.

M. Colin (d'Alfort) lit une note portant : *Sur un prétendu moyen de conférer l'immunité contre le charbon.* Suivant l'auteur, le résultat de ses expériences prouve clairement :

1° Que la virulence du sang charbonneux s'éteint, ou à peu près, entre 55 et 57 degrés centigrades, pour des causes qui restent à déterminer;

2° Que dans les cas où le sang chauffé à ce degré ne perd pas ses propriétés, il détermine un charbon complet avec tous ses attributs;

3° Que le sang chauffé, dont la virulence est perdue, ne jouit plus d'aucune action nocive et se comporte comme celui d'un animal sain ;

4° Que ce même sang, dont la virulence a été éteinte par la chaleur, ne confère pas l'immunité, car les animaux auxquels on l'a inséré contractent ultérieurement le charbon aussi facilement que les autres, et ils succombent dans les délais ordinaires, en présentant toutes les lésions caractéristiques de la maladie.

M. le *Dr Lunier*, candidat dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, lit un mémoire traitant : *De l'hospitalisation des épileptiques*, dans lequel il fait observer que, si la loi de 1838 a complètement modifié la situation des aliénés, elle n'a rien fait pour les épileptiques, qui ne sont ni des infirmes, ni des malades ordinaires, ni des aliénés. Il faudrait donc leur appliquer des moyens de traitement et d'assistance tout particuliers, et cette question demande une prompte solution.

En effet, des recherches nouvelles que vient de faire M. *Lunier*, en se servant à la fois des procès-verbaux du recrutement et des relevés faits dans tous les asiles publics et privés de tous les départements, il résulte : 1° que le nombre des épileptiques en France est de 33,225, soit 9,20 pour 10,000 habitants; 2° que, sur ce nombre, 3,550 sont séquestrés; 3° que 1,630 environ sont hospitalisés dans quelques rares établissements privés et dans les hospices d'incurables.

Or, sur les 28,000 épileptiques vivant dans leur famille, M. Lunier estime que 10,000 environ devraient être internés ou hospitalisés, les uns parce qu'ils présentent des chances de guérison ou tout au moins d'amélioration, les autres parce qu'ils ne peuvent subvenir à leurs besoins; presque tous, enfin, parce que, à un moment donné, ils peuvent devenir dangereux pour la société.

Après avoir examiné de près ce qui a été tenté jusqu'ici en France et à l'étranger, en tenant compte des conditions spéciales que présentent les épileptiques envisagés d'une façon générale, M. Lunier pense que le mieux serait de créer, dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés, des quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région. Mais il voudrait, en outre, que l'Etat fit pour les épileptiques ce qui a été réalisé déjà pour les sourds-muets, les aveugles et les aliénés, et qu'il créât de toutes pièces un établissement spécial où seraient reçus, à des prix de pension modérés, les épileptiques des deux sexes qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés, ni dans les hôpitaux ordinaires.

Dr J. GEOFFROY.

Clinique de l'Hôpital Saint-Louis

SERVICE DE M. FOURNIER

Du traitement de l'eczéma
(Suite)

II.

Eczéma chronique.

Le traitement de l'eczéma chronique présente des difficultés qu'il est moins aisé de surmonter : cependant on peut, d'une façon générale, poser en principe deux règles importantes qui doivent dominer tout ce traitement.

La première de ces règles, c'est que, toutes les fois que l'eczéma chronique se rapproche de l'eczéma aigu par un état inflammatoire, il faut absolument avoir recours au traitement correspondant de l'eczéma aigu. C'est ainsi que l'on doit agir au début de l'eczéma chronique; c'est ainsi que l'on doit agir quand, dans le cours de l'eczéma chronique, il vient à se produire des poussées incidentes d'eczéma aigu.

La deuxième règle consiste à essayer, dans tous les cas chroniques, le traitement de l'état aigu, pour en mesurer l'effet.

Ainsi on commencera par les lotions, les fomentations et l'emmaillottement au caoutchouc;

puis on ordonnera quelques douches de vapeur, les douches froides, les bains alcalins. Si le succès ne couronne pas ces premières tentatives, c'est alors qu'on sera en droit de prendre un autre parti, et la méthode substitutive restera la seule méthode thérapeutique qu'on doive employer dans ce cas. On sait que les agents de substitution sont des irritants locaux susceptibles de faire passer à l'état aigu des surfaces atteintes d'inflammation chronique.

Les irritants de la peau sont fort nombreux et leur puissance est très variable.

On peut les diviser en trois groupes :
1° Irritants d'intensité légère.
2° Irritants d'intensité moyenne.
3° Irritants d'intensité violente.

Or il faut régler la médication suivant l'ordre des indications et passer, par degrés, des agents les plus faibles aux plus violents.

Dans le premier groupe viennent se ranger le goudron et l'huile de cade qui s'emploient ici à des doses plus fortes que celles que nous avons indiquées pour la seconde période de l'état aigu.

Glycérolé d'amidon.	30 gr.
Goudron	15 —

ou bien :

Huile d'amandes douces	30 grammes,
Huile de cade.	10 à 15 gr.

Si ces doses sont encore insuffisantes, on aura recours à l'huile de cade ou au goudron purs.

Pour employer l'huile de cade, on en imbibe une flanelle dont on frictionne d'abord et dont on enveloppe ensuite la surface malade. Pour le goudron, on se sert d'un pinceau pour faire des badigeonnages. On doit recourir à ces procédés pendant plusieurs jours de suite, puis on en cesse l'emploi, pour constater le résultat. C'est certainement la meilleure méthode que l'on puisse conseiller.

Comme succédanés, on a proposé la teinture d'iode, les pommades mercurielles (onguent citrin) les bains de sublimé, la pommade de Wilson. — En général ce traitement conduit à la guérison.

Si cependant l'affection a résisté à nos efforts, il faut passer au second groupe d'irritants qui comprend des agents plus actifs. Tel est le savon vert ou savon de potasse. On taille une flanelle de la largeur de la surface eczémateuse ; puis, sur cette flanelle, on étend une couche de savon de l'épaisseur d'une lame de couteau et on en recouvre la partie malade. Au bout de quelques jours, il se produit une dermite intense, qu'on calme par des applications de compresses de guimauve, de poudre d'amidon, et par l'enveloppement au caoutchouc.

C'est là une méthode active, mais douloureuse, et qu'on doit réserver pour les cas rebelles.

Si cependant l'eczéma n'a pas encore cédé, force sera bien de recourir, en désespoir de cause, aux agents du troisième groupe. Dans ce cas, on emploiera soit les lotions de sublimé, à la dose de 25, 35 et 40 centigrammes pour 30 grammes d'eau ; soit la solution d'Hébra, qui contient une partie de potasse caustique pour deux parties d'eau distillée. On l'applique avec un pinceau sur la surface eczémateuse, que l'on recouvre de compresses froides. On répète l'application après quelques jours et rarement il est besoin de plus de douze applications semblables. — Il faut bien comprendre que ces procédés violents ne peuvent constituer qu'une méthode d'exception, à laquelle on n'est en droit de recourir qu'après avoir épuisé les agents des deux premiers groupes.

Pour ne rien omettre, il faut encore citer le traitement mécanique par frictions avec de la poudre de *grès;* ces frictions déterminent une violente inflammation que l'on combat alors par des moyens appropriés. Enfin il y a encore le raclage à la curette qui, lui, a le grand inconvénient de laisser des cicatrices.

III.

Médication interne de la diathèse.

L'idéal de la thérapeutique de l'eczéma serait d'avoir un médicament spécifique qui s'adressât à la cause même de l'affection.

Ce spécifique a été bien des fois annoncé, et toujours il a déçu l'espoir des médecins et des malades ; et aujourd'hui il nous faut dire que, s'il existe, il est encore à trouver.

Parmi tous les agents qu'on a proposés, nous en indiquerons quelques-uns qui ont surnagé dans ce naufrage universel de la thérapeutique et qui sont restés en faveur.

1° Au premier rang on trouve les dépuratifs végétaux, les amers. Dans cette foule innombrable de médicaments, deux surtout ont été en honneur et sont tombés dans un juste oubli : l'orme pyramidal et l'hydrocotyle asiatique.

2° Au second rang se place la médication purgative qui est une des plus anciennement employées et qui a encore des partisans aujourd'hui, avec cette différence que les médecins d'autrefois se proposaient, en purgeant le malade, de chasser de son corps l'*humeur peccante*, tandis que, de nos jours, on ne voit dans les purgatifs qu'un moyen de révulsion. On ordonne un purgatif par semaine, ou un laxatif tous les deux jours : à moins d'indications particulières, on ne doit pas recourir à cette méthode, car elle n'a aucun effet sur les manifestations ni sur la durée de la maladie.

3° Mêmes critiques, et plus sévères encore, s'adressent à la médication diurétique.

4° Le soufre mérite une mention spéciale, car il en faut bien rabattre de l'opinion d'Alibert qui croyait que « le soufre est le mercure de la dartre ». Le soufre ne rend en effet de services que dans deux cas : quand les eczémateux présentent du catarrhe des bronches, ou quand ils sont d'un tempérament lymphatique.

5° Les dérivatifs cutanés, vésicatoires, sétons, employés *pour détourner les humeurs*, non-seulement ne rendent pas le service qu'on attend d'eux, mais deviennent dangereux en ce qu'ils peuvent provoquer, à la place où on les applique, un nouveau foyer d'eczéma.

6° A vrai dire, de tous les innombrables moyens

thérapeutiques qu'on a dirigés contre l'eczéma, il n'y en a plus qu'un seul qui mérite vraiment d'attirer notre attention : c'est l'arsenic. Loué par les uns, déprécié par les autres, l'arsenic est assurément loin de posséder une action remarquablement puissante : ce n'est pas un spécifique ; mais il n'est pas moins vrai qu'il rend de réels services.

Pour obtenir de ce médicament tout ce qu'il peut donner, il faut savoir s'en servir. Or la méthode thérapeutique qui présidera à l'emploi de l'arsenic doit satisfaire aux trois indications suivantes.

1° Il faut le donner à propos;

2° Il faut le donner à des doses véritablement actives;

3° Il faut le donner longtemps et bien au delà de la guérison.

Il faut le donner à propos, car il est certain qu'il ne modifie en rien l'eczéma à l'état aigu, et qu'il ne modifie en rien l'eczéma à la période de suintement : il n'agit que dans la période non inflammatoire, dans la période de siccité.

Il faut le donner à doses vraiment actives : autrement c'est un médicament inerte. C'est ce qui arrive bien souvent, car malades et médecins ont peur de l'arsenic, ce qui fait que le médicament ne produit pas d'effet. La dose active est, pour la liqueur de Fowler, de 12 gouttes au minimum, et encore faudra-t-il arriver rapidement à 15, 20 et 25 gouttes ; pour l'arséniate de soude, elle est de 1, 2, 3 et 4 centigrammes par jour et progressivement.

Enfin il faut le donner longtemps, c'est-à-dire pendant des mois, en ayant soin d'interrompre de temps en temps, toutes les trois semaines par exemple, et d'administrer, si l'on veut, à ce moment, un purgatif. Quand l'eczéma n'existe plus, il faut encore de temps à autre, par exemple, deux ou trois fois par an, reprendre l'arsenic, et cela pendant plusieurs années. — On le voit, c'est encore ici la méthode des traitements successifs ; le traitement de l'eczéma par l'arsenic rappelle le traitement de la syphilis par le mercure : c'est que pour l'eczéma, comme pour la syphilis, il convient de ne pas oublier la devise : à maladie chronique, médication chronique.

Cependant il ne faut pas croire que la médication générale de l'eczéma se borne à ce seul remède : divers moyens doivent encore être employés pour répondre aux indications diverses de la maladie. La plus pressante de ces indications se tire du tempérament du sujet malade ; or, les deux tempéraments qui favorisent le plus l'eczéma sont le tempérament lymphatique et le tempérament arthritique. On cherchera à corriger le premier par l'usage de l'iodure de fer (3 à 6 cuillerées de sirop par jour), par l'huile de foie de morue et les amers ; contre le second on ordonnera l'arsenic, le bicarbonate de soude, les eaux minérales alcalines.

Mais ce n'est pas tout : le médecin a encore deux importants devoirs à remplir vis-à-vis de son malade. Le premier consiste à rechercher, par une enquête minutieuse, quelles sont les causes qui ont pu déterminer la maladie ; et pour cela, il devra bien souvent descendre dans la vie intime du malade ; une fois qu'il aura pu découvrir ces causes, il les signalera, afin d'en éviter le retour. Le second consiste à imposer un régime, une hygiène qui varieront suivant les cas et les sujets. Mais il est une hygiène commune à tous et dont l'infraction sera toujours périlleuse. On peut la résumer ainsi : vie calme et régulière ; régime sobre. On évitera les excitants : c'est ainsi qu'on s'abstiendra des poissons de mer, des coquillages, de la charcuterie ; les alcooliques seront sévèrement proscrits; on se gardera de toute espèce d'excès (travail, veilles, plaisirs); on éloignera toute cause de stimulation pour la peau, comme les bains trop souvent répétés ou trop prolongés, les températures extrêmes, l'air de la mer. Enfin cette hygiène devra être imposée pour toute la durée de la vie.

Tel est le traitement de l'eczéma. On a pu remarquer que nous n'avions pas abordé la question des eaux minérales : nous la réservons pour le moment où nous discuterons le traitement général de la dartre.

Dr J. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale (6e lettre). (1)

MÉDECINE ET PHARMACIE

Revenons à la question *médecine et pharmacie* et continuons à citer le témoignage de nos confrères.

Nous recevons la lettre suivante du Dr P..., qui exerce dans un des départements du Nord-Est :

« Le pharmacien qui fournit à mes clients les médicaments que je leur ordonne, m'est complètement hostile ; il fait payer mes ordonnances plus cher que celles de mon confrère et concurrent, officier de santé qui est son parent. Il fait attendre un temps incroyable des médicaments qu'il a tout préparés (trois quarts d'heure des sinapismes Rigollot, dans un cas de congestion cérébrale!). Ajouterai-je que les médicaments qu'il délivre, soit en raison de leur mauvaise qualité, soit en raison de leur peu de fraîcheur, n'ont aucune action?.. »

Nous pourrions multiplier ces citations, mais nous n'apprendrions vraisemblablement rien à nos confrères *qui connaissent la question*.

D'ailleurs, tous ces faits particuliers conduisent à une seule et même conclusion : le pharmacien est, en fait, tout-puissant contre le médecin, tandis que celui-ci est absolument désarmé pour soutenir la lutte; de plus, cette lutte, funeste pour le médecin, a de graves conséquences pour le public qui, sans le savoir, en fait les frais et en supporte les conséquences.

Mais avant d'aller plus loin, il peut être intéressant de connaître les doléances des pharmaciens et d'examiner leurs prétentions :

Nous trouvons dans le numéro de décembre 1880

(1) Voir *Concours médical*, n°s 6, 7, 8, 9, 10.

du *Petit Moniteur de la pharmacie*, une intéressante critique d'un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie étudié en ce moment par le Conseil d'Etat.

Nous ne pouvons donner ici le texte de ce projet, disons seulement qu'il interdit à quiconque n'est pas pourvu d'un diplôme de pharmacien, d'exercer la pharmacie et qu'il ne fait à cette règle générale que l'exception suivante :

Art. 6. — Dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte à une distance de huit kilomètres du domicile du malade, les médecins peuvent fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

On y lit encore :

Art. 5. — L'association d'un médecin et d'un pharmacien est interdite. Il en est de même de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, sauf l'exception formulée par l'article 6.

Art. 7. — Les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des médicaments que sur la prescription qui en sera faite, sur chaque cas particulier, par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance.

Toutefois ils peuvent débiter librement, sur la demande de l'acheteur, certains médicaments simples et composés non dangereux, dont une liste sera annexée au codex. Il en est de même des médicaments d'un usage courant et d'une manipulation ou d'une administration sans danger, dont la nomenclature sera faite dans les conditions qui seront déterminées par un règlement d'administration publique (la vente de ces derniers médicaments étant absolument libre).

Voyons ce que dit de ces articles le commentaire. Il faut citer textuellement :

« *Articles 5 et 6.* — L'intérêt de la société tout entière exige qu'une séparation bien tranchée existe entre celui qui ordonne et a le droit d'ordonner le médicament et celui qui le prépare, le fournit et le vend. Hors de là, tout n'est que confusion, et la porte est ouverte toute grande à l'exploitation du public et au charlatanisme. C'est en vertu de ce principe que vous défendez l'association du médecin et du pharmacien et l'exercice simultané des deux professions par celui qui possède les deux diplômes. Pourquoi faut-il que l'article 6 vienne ensuite vous contredire vous-mêmes? Quel est l'intérêt du public? *C'est que le médecin ne soit pas pour lui un maître absolu* comme vous l'inscrivez dans votre loi ; c'est que, dans ce qui concerne les soins de sa personne, de sa santé, de celle de sa famille, *chacun ait le droit de se soigner sans médecin*, s'il le juge convenable et s'il suppose, à tort ou à raison, avoir des connaissances suffisantes en hygiène et en médecine pour *se passer de cet intermédiaire autoritaire et coûteux.*

Dans votre loi, ce n'est plus l'intérêt de la société que vous défendez; vous laissez *toute latitude au médecin pour exploiter le malade sans contrôle*; il pourra en user ou en abuser à sa guise. Chacun d'eux fera de la spécialité à sa façon, et ce que vous aurez supprimé d'un côté renaîtra de l'autre. En tous cas, ce sera le triomphe de la dosimétrie. »

Après une critique de la méthode dosimétrique, que nous passons comme étrangère au sujet, le commentaire reprend :

« Le médecin pourra fournir ses malades à huit kilomètres de distance du domicile du pharmacien, et s'il n'y a que sept kilomètres et demi, que fera-t-il? Vous supposez que le médecin ayant pris l'habitude de fournir à huit kilomètres ne fournira pas à sa porte! c'est bien peu connaître l'espèce humaine. Si le médecin fournit des malades habitant à moins de huit kilomètres du pharmacien, celui-ci pourra porter plainte, et le médecin sera condamné, comme un simple particulier, à une amende de 200 à 1000 francs, et en cas de récidive, à une amende double et à une peine afflictive de six jours à six mois de prison. *Fort bien!* mais dans votre article 7 vous dites que le pharmacien ne peut fournir de médicaments que sur prescription médicale, *et cet article est d'une exécution impossible.* Aussi qu'arrivera-t-il? Si le pharmacien se plaint, le médecin fera constater quelques livraisons contraires à votre loi, et le pharmacien sera condamné à une amende de 200 à 1000 francs, et, en cas de récidive, à une amende double et à la prison, comme le médecin.

L'antagonisme qui existe entre les deux professions promet de beaux jours aux tribunaux, et nous verrons des hommes respectables. médecins et pharmaciens, traînés en prison comme le dernier des malfaiteurs. »

. . . .

Nous nous arrêtons :

Chacun doit avoir le droit de se soigner à sa guise avec ou sans médecin — *mais non pas sans pharmacien*, « *la société ayant un intérêt suprême à ne pas permettre que la santé publique soit livrée à la merci de l'ignorance et de l'irresponsabilité !* »

Notre confrère, le Dr Le Blanc, croyait peut-être, en demandant la liberté absolue de l'exercice de la médecine, avoir une idée originale..... il va falloir qu'il en rabatte! les pharmaciens l'ont distancé. Mais la logique l'aurait conduit certainement, s'il avait abordé cette question, à réclamer la liberté de l'exercice de la pharmacie; et nous ne craignons pas de dire qu'en ceci il eût pris sa revanche et eût laissé les pharmaciens bien loin... mais bien loin derrière lui !

L'auteur de la critique termine son article par ces mots :

« Toutefois, après avoir travaillé à détruire, qu'il nous soit permis de réédifier, ce sera l'objet du prochain numéro. »

Nous sommes curieux de connaître le contre-projet qui, paraît-il, doit être extrêmement libéral.

Dès maintenant, disons que nous sommes d'accord avec le *Petit moniteur de la pharmacie* sur un point : que la lutte de médecins et pharmaciens devant les tribunaux, est absolument déplorable ; — reste à savoir si cet accord persistera quand nous connaîtrons le remède proposé pour empêcher un tel état de choses.

Nous craignons fort que le projet ne soit extrêmement libéral..... pour les pharmaciens !

S'il nous était permis dès maintenant d'exposer les principes que personnellement nous voudrions voir triompher dans la réforme législative que nous sollicitons, nous dirions : *Pas plus l'un que l'autre, le médecin et le pharmacien ne doivent songer à s'imposer*; *le pharmacien sera libre de vendre tous les médicaments qu'il voudra sans ordonnance et sous sa responsabilité, mais le médecin par contre pourra fournir à ses malades les médicaments qu'il jugera convenables.*

Le médecin ne sera pas plus pharmacien que le pharmacien ne sera médecin..... tous deux pour-

ront se mouvoir parallèlement, et le sentiment de leur responsabilité personnelle suffira à les maintenir chacun dans leur sphère respective. — Nous n'assisterons plus à ces luttes que tous nous regrettons; nous n'aurons plus, nous médecins, à passer sous les fourches caudines d'un pharmacien parfois aussi malveillant que mal approvisionné, et les pharmaciens, de leur côté, auront ce qu'ils réclament.

Un tel système satisfera-t-il nos confrères ? — Nous le verrons à leurs communications. Mais ce dont nous sommes certain, c'est que les pharmaciens n'auront pas assez d'anathèmes pour le maudire. Il est vrai que nous ne sommes pas chargé de rechercher uniquement ce qu'ils peuvent souhaiter! Dr GASSOT.

II

SYNDICATS

Nous recevons la communication suivante :

Mon cher confrère :

Dans une ville de vingt à vingt-cinq mille habitants que je ne désignerai pas autrement, tous les médecins se sont réunis en société ou syndicat. Laissant au public pleine et entière liberté pour le choix ou l'abandon du médecin, ils ont seulement stipulé que jamais, sous quelque prétexte que ce soit, aucun d'eux n'accepterait de donner ses soins à un malade, soigné d'abord par un autre confrère, sans que le client présentât la note d'honoraires de ce confrère acquittée par lui et ceci sous peine d'une amende ou dédit considérable. Dans cette ville, comme partout ailleurs, il existe entre les médecins des compétitions et des rivalités de plus d'une sorte. Mais ils ont soin de faire taire leur animosité quand il s'agit de cet accord intervenu. En quoi je les approuve fort.

Cet arrangement amiable a eu pour résultat, facile à prévoir d'ailleurs, que dans cette ville privilégié, les médecins *vivent tous honorablement et ne sont pas la risée de leurs clients.* Il devrait en être ainsi partout et ce sera quand on le voudra ! Dr L.

Récemment nous avons assisté à une réunion des médecins de l'un des arrondissements de Paris. Ils étaient au nombre de trente-cinq et ont élaboré un tarif d'honoraires. L'accord a été complet. La délibération a été revêtue de la signature de tous les membres présents; on a décidé qu'aucune publicité ne serait donnée à cet acte de préservation et, qu'en outre, on prendrait les mesures nécessaires pour se communiquer réciproquement les noms des clients solvables, mais habitués à ne pas honorer le médecin.

III

RÉCLAMATIONS D'HONORAIRES

Un de nos confrères, en nous adressant sa formule d'honoraires qu'on peut affranchir à 0,05 cent. sous enveloppe ouverte, nous écrit. « Je me suis toujours servi de la formule ci-dessous, depuis que j'ai renoncé absolument a indiquer par le menu mes visites, consultations, opérations, accouchements, etc... ce qui avait l'nconvénient majeur, outre une foule d'autres, de me faire perdre beaucoup de temps, sans aucune compensation. *Jamais* je n'ai eu aucune réclamation sur la quotité de la somme qui est cependant quelquefois assez élevée.

Il y a mieux : depuis que j'ai adopté cette habitude, mes clients ne me font jamais attendre leur règlement, à condition, cependant, de ne leur réclamer mes honoraires qu'une fois par an. En ce moment (16 février) j'ai déjà touché les trois quarts de ce qui m'est dû et fin mai, je suis à peu près certain d'avoir le tout. »

Agréez, etc. Dr L.

Voir, pour la formule, à la dernière page du journal.

REVUE ÉTRANGÈRE

I

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Etiologie et traitement de l'acné. — L'acné est une maladie caractérisée par l'inflammation des glandes sébacées, provoquée soit par l'accumulation dans les glandes de matière sébacée, sécrétée en excès, soit par le défaut d'expulsion de cette matière, quelquefois par ces deux causes réunies. La dernière paraît être la plus importante. Que la matière soit sécrétée normalement ou en excès, la force expulsive fait défaut. Or le Dr Denslow, de New-York, pense que cette force expulsive réside surtout dans les fibres musculaires lisses de la peau. Celles-ci exercent une pression directe sur les glandes, en même temps qu'elles régularisent l'afflux sanguin et par suite, président au fonctionnement des glandes. Neumann et d'autres, en traitant de l'anatomie de la peau, ont reconnu que ces muscles «dans une certaine mesure» influencent la circulation superficielle et l'expulsion du sebum; mais aucun auteur ne paraît avoir déduit les conséquences de ce fait au point de vue de l'étiologie et du traitement de l'acné.

Il semble que les fibres musculaires lisses se montrent au-dessous de leur tâche dans deux circonstances:

1o Toutes les fois que la glande est le siége d'une activité inaccoutumée, comme à l'époque de la puberté, ou par suite d'une irritation locale (froid, chaleur, cosmétiques, etc.).

2o Lorsque, par suite de quelque trouble constitutionnel, l'innervation et la nutrition de ces muscles deviennent insuffisantes pour entretenir leur activité : d'où inertie, puis atrophie. Telles sont les modifications physiologiques causées par la menstruation, la puberté ou certaines maladies de l'utérus et du tube digestif.

En résumé l'acné est souvent une affection locale, dépendante d'une cause générale ou constitutionnelle qui se manifeste par une action réflexe sur la peau.

Connaissant l'action de l'ergot de seigle sur les muscles lisses, l'auteur a été conduit à en essayer l'action dans l'acné. Il cite comme particulièrement concluants deux cas d'acné invétéré (datant de six à huit ans), l'un chez un jeune homme de 25 ans, l'autre chez une femme du même âge qui guérirent, le premier en deux mois, le second en un mois. L'ergot était administré sous forme d'extrait, trois fois par jour, à la dose d'un demi drachme (1 gr. 94) chaque fois.

Un médecin du Japon, le Dr Stuart Eldridge, de Yokohama, avait déjà employé l'ergotine en injection sous-cutanée, dans l'acné rosacé, avec de bons résultats. L'électricité a été aussi appliquée au traitement de cette affection. Ces moyens ne sont pas absolument nouveaux: mais l'auteur prétend expliquer rationnellement leur mode d'action et contribuer à les généraliser. Il recommande d'associer l'ergot avec le fer, le quinquina ou avec d'autres médicaments, suivant les indications. *(New-York med. journal, février 1881).*

A propos de l'action de l'ergot sur les fibres lisses, rappelons que les injections sous-cutanées d'ergotine ont été conseillées dans le prolapsus de la muqueuse rectale, infirmité fréquente chez les jeunes enfants. J'ai employé ce moyen avec un succès complet dans plusieurs cas.

Traitement de l'eczéma diabétique. — Nous trouvons dans l'*Union médicale* (du Canada), journal

publié en français à Montréal, un article humoristique extrait, il est vrai, d'un journal belge, sur cette déplorable démangeaison qui fait le désespoir des dames diabétiques. Car aucun de nous n'ignore que l'eczéma diabétique fait élection de domicile aux parties génitales et qu'il ne se laisse pas volontiers déloger. Il faut faire un siége en régle, d'aprés les principes suivants :

1° Prévenir la cause déterminant et entretenant l'affection, c'est-à-dire le contact de l'urine. Pour cela recommander les lotions à grande eau toutes les fois que la malade aura uriné.

2° Employer un médicament saturant sur place les acides qui se produisent et enrayant d'autre part la fermentation.

C'est ce qu'on obtient avec la pommade suivante, formulée en latin, probablement pour dépister la curiosité ou éviter les commentaires des malades.

Axung. procin. recent..............	āā 12 gr.
Olei amygdal. cois.................	
Boratis sodæ......................	3 gr.
Picis liquid........................	1 gr. 50.
M. f. ung..........................	

Les lotions alcalines (borax ou carbonate de soude) sont également très efficaces. J'ai eu l'occasion de soigner une demoiselle d'un âge respectable, — actuellement quatre-vingt-quatorze ans, — qui, il y a huit ans, fut atteinte de démangeaisons intolérables, au lieu d'élection. L'analyse des urines me fit reconnaître qu'elle était fortement diabétique, et des lotions alcalines la débarrassérent de son eczéma. Depuis plusieurs années elle n'a plus ni sucre dans les urines, ni démangeaisons ailleurs. et semble ignorer que les plus longues existences doivent avoir un terme.

Condamnation du Dr Buchanan. — Nous avons à diverses reprises, entretenu nos lecteurs de ce « leader » du charlatanisme qui fournissait l'univers entier de faux diplômes et de faux médecins. Poursuivi à la requête de l'université de Pensylvanie, il a eté condamné, dit l'*American Journal*, à cinquante dollars d'amende, les frais, et dix mois de prison. Un sieur Chapman, dans les mêmes conditions, a été condamné à la même amende, mais à un an et dix mois de prison.

∴ Terminons encore par une plaisante anecdote, toujours empruntée au *Canada medical and surg. Journal*. Un monsieur, parti faire un petit voyage, avait laissé sa femme dans son état habituel de bonne santé. Peu de jours après son départ, il fut surpris de recevoir un télégramme lui annonçant qu'elle était sérieusement malade. Il télégraphie immediatement au médecin de la famille pour avoir des détails, et voici la réponse qu'il reçoit :

« Mme B. vient d'avoir un enfant. Si nous pouvons empêcher qu'elle en ait un autre aujourd'hui, tout ira bien. »

Le monsieur, ahuri, courut aux renseignements et finit par s'assurer que sa femme avait eu un « chill » (frisson), et non un « child » (enfant). Le télégraphe n'en fait jamais d'autres !... Dr Marsh.

II

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Deux cas de coma diabétique. — (Coma diabeticum). *Observations communiquées par le Dr Léo à la Société de médecine et d'histoire naturelle de Bonn.*

Une dame âgée de soixante-cinq ans, de constitution débile, maigre mais énergique était atteinte depuis longtemps, avec des intervalles de mieux, d'une affection catarrhale des voies respiratoires et des organes de la digestion. Cet état avait fait soupçonner un processus tuberculeux à longue échéance ; l'idée du diabète n'était jamais venue.

En avril 1875, forte attaque d'un catarrhe bronchique avec expectoration abondante. Pendant l'été de la même année, voyage de trois mois à Paris. Quand je la vis pour la première fois après son retour (8 octobre), je fus effrayé de son apparence misérable, de sa maigreur et de sa faiblesse. A côté d'autres souffrances, elle accusait une grande soif et se plaignait d'uriner beaucoup ; conduit ainsi à examiner l'urine, je trouvai : poids spécifique, 1030 ; contenance en sucre 6,89 0/0. Le diagnostic se trouva constitué ainsi d'une façon inattendue, sans qu'on pût établir depuis combien de temps durait cet état morbide.

Le lendemain, de bonne heure, je fus mandé auprès de la malade (9 octobre). Vomissements toute la nuit de mucosités bilieuses malgré l'administration de petits morceaux de glace et d'une solution saturée de menthe poivrée ; (10 octobre), collapsus profoud, figure et extrémités froides, pouls très petit, soif très pénible. Du champagne et d'autres stimulants ne font que peu d'effet. (11 octobre) augmentation du collapsus ; dans le courant de l'après-midi et à la fin de la journée, coma, perte de connaissance, agitation, cris cérébraux, émission involontaire d'urine. Le soir la malade ne reconnaît pas son fils mandé de Paris. (12 octobre) agonie, respiration lente et profonde, boursoufflement des joues, déglutition impossible, yeux fermés, pouls insensible, mort le 13 octobre à 11 heures 1/2 du matin.

Obs. 2. — Un jeune homme de vingt-deux ans, sur lequel on avait constaté le diabète, depuis la Pentecôte de 1879, entre, le 2 mars 1880, à l'hôpital Frédéric-Guillaume. Constitution débile, pâleur, musculature chétive, anémie. Symptômes généraux peu accentués, soif et appétit moyens, pas de traces de tuberculose ni d'affection cérébrale. Le malade, en dehors de la faiblesse, n'accuse aucune souffrance particulière ; il descend tous les jours au jardin et en somme ne se trouve pas trop incommodé. La quantité d'urine oscille jusqu'au 18 avril entre 2,500 et 4,900 centimètres cubes, moyenne pour cette époque : 3,200 centimètres cubes. Poids spécifique 1,0365. Le sucre recherché quatre fois donna minimum 3,27 0/0, maximum 4,25 0/0, moyenne 3,6 0/0, moyenne quotidienne 115,2 de sucre éliminé.

Jusqu'au 18 avril, état général fort supportable (*ut supra*) ; le même jour, le malade se plaignit de toux et de douleurs thoraciques sans que l'examen physique fit reconnaître un symptôme positif, (18 avril) même état, mais sans amélioration. Le soir l'oppression est plus forte, constipation ; on prescrit un lavement qui fait effet assez tard ; temp. 39o. A deux heures de la nuit, voulant se lever pour uriner, le malade tomba à terre insensible, sans connaissance et ne revint plus à lui.

A la visite du 19 avril matin, je le trouvai dans le coma le plus profond avec respiration courte et saccadée, pouls petit et lent. L'haleine a une odeur aigre et comme éthérée. Les pupilles sont contractées mais réagissent à la lumière. La déglutition est gênée, encore possible... Presc. vin, musc, injection sous-cutanée d'huile camphrée, stimulants externes. Sans résultat. Mort le soir à cinq heures et demie.

Il est regrettable que, dans ces deux cas, on n'ait pas

pu faire l'autopsie. Les cas de terminaisons brusques du diabète observés par Prout, Neumann, Petters, etc., ne sont pas assez concluants pour qu'il ne soit utile d'en publier d'autres analogues.

La première observation ressemble à l'urémie, la seconde à l'apoplexie. N'ayant pu faire d'autopsie on n'a pu vérifier si, comme le dit Petters, on doit attribuer la mort à l'acétonémie.

La médecine dans le Sud-Afrique.

Le 27 décembre dernier, le Dr Émile Holub fit une communication au collége médical de Vienne, dans laquelle il décrivit la position des médecins dans le Sud-Afrique et les principales coutumes qui régissent la profession. Les riches enseignements que M. Holube a recueillis comme médecin dans le *noir continent*, la pratique de plusieurs années parmi les colons et les indigènes lui ont fourni assez de matériaux pour faire uu tableau général et très intéressant de la situation des médecins immigrés et indigènes, si on peut nommer ainsi les derniers. Le nombre des médecins immigrés qui était encore très petit il y a quinze ans a considérablement augmenté pendant ces dernières années ; dix-huit médecins presque tous allemands se sont installés l'année dernière dans le Sud-Afrique. La clientèle très rémunératrice du pays explique cette influence.

Elle engage également les négociants établis là-bas à pousser leurs fils dans la carrière médicale. Les races indigènes et les colons parmi ceux-ci, surtout les Hollandais, traitent les médecins avec une considération particulière; les indigènes parce qu'ils les croient sorciers, et les autres parce qu'ils sont très pusillanimes même dans les maladies les plus légères. Les honoraires s'en ressentent. Dans la ville du Cap une visite se paye une demi-couronne, à Port-Elisabeth, cinq, et au Transaval dix shellings; une consultation une livre sterling.

Des médecins ont pu en peu de temps s'économiser des fortunes de 30 à 40 mille florins. Dans la clientèle des Noirs le médecin est tenu à une grande prudence, le manque de confiance et la superstition entravant beaucoup son action. Les Betshuans, par exemple, croient que chaque cas de mort tient à un empoisonnement. D'autres refusent tout médicament qui ne produit pas un soulagement instantané. Les médecins indigènes portent des noms différents dans les peuplades ; ils ont une grande influence personnelle sur le roi lui-même. Quelques plantes médicinales sont exclusivement ce qu'ils prescrivent aux malades ; ils agissent sur la superstition au moyen de certaines pratiques de magie.

Les observations du Dr Holub sont intéressantes surtout pour la tuberculose. Il n'en a jamais rencontré sur les plateaux du sud-Afrique ; il a pu observer sur un grand nombre de malades que la vertu curative de ce climat est bien supérieure à celle de Madère. Il décrit ensuite les médecins noirs, sorciers, nyagas, dont tout l'art consiste à connaître la vertu de certaines plantes. Il y a peu de temps, tous ces magiciens furent massacrés en masse, et leurs chefs, le roi Seppopo, mis en fuite.

Dr Fischer.

(Traduit de la *Deutsche Medizinal-Zeitung*).

REVUE CLINIQUE

Des varices chez la femme enceinte.

(Suite)

Varices profondes. — D'après M. Verneuil, qui s'appuie sur un grand nombre de nécropsies, les varices profondes précèdent toujours les varices superficielles ; d'où cette conclusion à tirer, qu'il ne faut rien préjuger sur l'état des parties profondes, lorsqu'on ne constate pas les signes de la phlébectasie superficielle, car, chez la femme enceinte, la dilatation des veines situées dans l'épaisseur d'un membre peut exister seule. Elle s'accompagne, suivant M. Verneuil, d'une sensation de fatigue après une marche, qui autrefois semblait aisée. Il y a de la pesanteur, de l'engourdissement du membre, et le mollet devient le siége de douleurs analogues à des crampes accompagnées de picotements.

« Le caractère de ces douleurs est important à préciser ; elles ne sont pas lancinantes, rapides et subites comme dans les névralgies, ni brûlantes et pulsatives comme dans le phlegmon et la phlébite ; elles sont tensives, continues, gravatives et font naître cette angoisse particulière qui accompagne la distension des canaux muqueux ou la plénitude du système vasculaire. Un malade comparait la douleur qu'il ressentait dans le mollet, à celle qu'on éprouve lorsque le doigt est serré à sa racine par un lien circulaire qui occasionne la stase sanguine dans cet appendice. » (Verneuil).

La douleur, qui d'ordinaire a son siége au mollet, s'exaspère par la station verticale ou la marche et s'atténue au contraire dans le repos et le décubitus dorsal.

Diagnostic. — Les varices superficielles se diagnostiquent presque toujours avec la plus grande facilité. Quant aux varices profondes, l'œdème et la douleur qui siégent dans le membre, diminuant par le repos dans la station horizontale, les différencieront des douleurs névralgiques, rhumatismales ou syphilitiques qui loin de s'atténuer, s'exaspèrent souvent à la chaleur du lit.

Fréquence et causes des varices. — Sur trois cents femmes enceintes qu'il a examinées lui-même, soit à la Maternité, soit à la clinique d'accouchements, M. Budin a rencontré cent fois des varices, c'est-à-dire dans un tiers des cas.

« Les varices qu'on rencontre le plus habituellement, sont : les varices des membres inférieurs; les varices des organes génitaux externes sont beaucoup plus rares ; quant aux hémorrhoïdes, elles sont également peu fréquentes ; mais tandis que les varices des organes génitaux sont pour ainsi dire toujours rencontrées en même temps que les varices des membres inférieurs, les hémorrhoïdes semblent être absolument indépendantes de ces dernières. »

Contrairement à l'assertion de Delpech qui

n'admet les varices que chez les femmes d'un âge assez avancé, l'auteur, se fondant sur de nombreuses observations, affirme qu'on les note à partir de dix-neuf ans, et qu'elles ont leur maximum de fréquence à l'âge de vingt-deux et vingt-trois ans.

Le *nombre des grossesses* a une influence assez marquée sur la production des phlebectasies; les multipares sont plus souvent atteintes.

Certaines *professions*, notamment celles qui exigent la station debout prolongée, favorisent l'apparition des varices. M. Budin a trouvé les varices :

Chez les blanchisseuses, dans la moitié des cas;

Chez les cuisinières, dans les 3/5 des cas environ;

Chez les lingères, dans 1/5 des cas seulement.

On a voulu faire jouer un grand rôle *au tempérament* (Briquet, Capuron, Bégin, Nélaton, Lesguillons), mais cette question et aussi celles du *développement exagéré du ventre*, des *vices de conformation du bassin*, des *maladies du cœur*, et *des affections thoraciques*, ne sont pas assez claires pour pouvoir être facilement tranchées et exigent de nouvelles recherches.

Pathogénie. — En dehors des causes prédisposantes et des conditions qu'on vient d'exposer, on a invoqué pour expliquer les varices : 1° des causes mécaniques; 2° les modifications survenues dans la qualité et la quantité du sang pendant la grossesse; 3° les modifications du système nerveux. Nous ne suivons pas l'auteur dans l'exposition de ces diverses théories, qui d'ailleurs ont été le plus souvent présentées par leurs créateurs sous des dehors séduisants et qui sont passibles au fond d'objections graves qui en diminuent considérablement la portée. Nous ferons observer seulement qu'ici, comme dans bien d'autres points de pathogénie, nous croyons que chaque auteur, emporté trop loin par des sentiments paternels exagérés pour sa théorie, s'est montré beaucoup trop exclusif, et que sans pouvoir faire la part exacte qui revient à chaque cause en particulier, le plus souvent ces causes sont multiples et se joignent comme dans un consensus qui aboutit à la production de la phlebectasie.

Complications. — Parmi les complications se rattachant à la présence des varices chez la femme enceinte, les unes ne présentent pas de gravité, mais d'autres peuvent occasionner des accidents assez sérieux pour menacer directement la vie. Ces diverses complications sont : l'œdème, les ulcères variqueux, la rupture des veines, les hémorrhagies, la thrombose et la phlébite.

L'œdème ne se montre pas aussi fréquemment qu'on pourrait le penser; d'ailleurs on le note quelquefois chez la femme enceinte, en dehors de toutes traces de varices. C'est presque toujours un léger accident, qui s'atténue par le repos au lit et se prononce davantage par la station debout.

Les *ulcères variqueux* ne se montrent d'habitude que longtemps après le début de la dilatation veineuse; c'est ce qui explique pourquoi ils sont rares chez la femme enceinte, dont les varices sont en général passagères et disparaissent après l'accouchement. Ils doivent être rangés parmi les causes pouvant amener la rupture de la paroi des veines atteintes de phlébectasie.

Les *ruptures* peuvent survenir « soit spontanément, sans cause appréciable, sous la simple action de la pression intra-vasculaire et de la fatigue qui augmente cette pression, soit à la suite d'un effort, soit à la suite de contusions ou de grattages. »

Comme exemple de rupture produite à la suite d'un ulcère variqueux, et en dehors de toute autre cause, le Dr Budin rappelle le fait, relaté par M. Murat, d'une blanchisseuse enceinte de huit mois, portant des varices et une petite ulcération au niveau d'une malléole, ulcération qui avait déjà produit quelques hémorrhagies arrêtées par la compression et qui tout à coup, pendant la nuit et durant le repos de cette femme, détermina un écoulement de sang qui résista à tous les moyens hémostatiques employés et se termina par la mort.

M. Lesguillons a cité le fait d'une hémorrhagie survenue à la suite du grattage sur une veine variqueuse. Quant aux ruptures provenant d'efforts, de fatigues ou de contusions, on en trouve dans la science des exemples assez nombreux.

« En général, l'hémorrhagie est très abondante; elle va même jusqu'à déterminer des syncopes et la mort, si on ne donne pas à la femme les soins nécessaires. Cette hémorrhagie se fait souvent par un trou qui devient presque imperceptible lorsque l'écoulement s'est arrêté. »

La femme guérit facilement une fois que l'écoulement sanguin est arrêté, et la grossesse poursuit naturellement son cours.

Habituellement l'hémorrhagie se fait à l'extérieur, mais il est des cas tels que ceux qui ont été cités par Bryant et Cazin, dans lesquels l'épanchement se fait dans l'épaisseur des tissus. Le repos au lit suffit presque toujours pour faire résorber la collection sanguine. Nous connaissons pour notre part, une dame de soixante-deux ans qui lors d'une troisième grossesse à vingt-huit ans, avait eu un accident semblable, et qui n'a plus rien éprouvé depuis, malgré que les varices aient persisté.

Thrombose et phlébite. — Les thromboses simples fermant complètement la lumière d'une veine sont très rares dans la grossesse. Elles ne se produisent guère sans s'accompagner d'une phlébite. — Quoi qu'il en soit, la thrombose profonde ne se traduit pas cliniquement par des moyens qui la fassent reconnaître; quant à la thrombose superficielle, on ne saurait affirmer son existence que si l'on constate, par le palper, sur le trajet d'une veine, et sous la peau, un cordon dur, inégal, plus ou moins long.

La *phlébite aiguë* se rencontre plus fréquemment. « A la suite d'un coup, d'une chute, sans qu'il soit possible de trouver une cause précise, la malade accuse une douleur assez vive en un point

où auparavant on avait pu constater la présence de varices. Cette douleur est exagérée et rendue plus vive par la pression et les mouvements. »

Les autres symptômes ressemblent assez à ceux du phlegmon circonscrit. Si la phlébite siége sur une veine superficielle, on remarque une tumeur rouge, chaude, à bords plus ou moins limités mais adhérant aux parties profondes; le pouls est vite; la température élevée, la langue sale. Plus tard, on peut voir le pus se faire jour à travers la peau.

Tout se borne le plus souvent à ces symptômes, mais il faut songer que l'infection purulente et l'embolie, bien que très rares, sont pourtant choses possibles dans ce cas.

Généralement, les caillots se résorbent et la veine devient de nouveau perméable; rarement il se fait une phlébite adhésive, comme dans deux cas cités par M. Blot, et les varices sont guéries.

Pronostic. — Il est généralement favorable. Il aut pourtant se rappeler que certaines complications, telles que la rupture des varices, et la phlébite aiguë, peuvent survenir, et nous commandent de surveiller les femmes enceintes atteintes de phlébectasie, afin d'éviter à l'aide de moyens appropriés, des accidents qui pourraient se produire.

Traitement. — Les femmes enceintes, atteintes de varices, doivent éviter toute fatigue, surtout celle qui résulte de la station verticale prolongée. Elles se garderont de tout moyen de compression du tronc, pouvant gêner la circulation veineuse. L'œdème sera combattu par la position horizontale du membre. Ce moyen rendra encore des services dans l'inflammation des veines. Dans les cas d'hémorrhagie, on élèvera davantage le membre.

La compression est le moyen de traitement le plus répandu. Malgré quelques accidents, très rares, il est vrai, qu'on a voulu mettre sur le compte de ce procédé, c'est celui qui est conseillé par le plus grand nombre des médecins. Ce n'est pas à dire qu'il faille l'employer banalement dans tous les cas; mais lorsque la station debout détermine la gêne, la douleur et le développement exagéré des varices, on peut se servir utilement de la compression. Les moyens les plus usités pour cela sont les bas lacés et les bas élastiques; dans les deux cas, ils doivent être faits sur mesure et s'étendre de la moitié du pied, à la tubérosité antérieure du tibia.

Quand on se sert de bas lacés, il faut avoir la précaution de couvrir le membre d'une couche de ouate afin de combler les vides et de répartir partout la compression. D'un autre côté, il faut autant que possible tirer méthodiquement sur le lacet, de façon à ce que la pression soit partout la même. Le bas élastique doit être séparé de la peau par un autre bas d'un tissu doux et fin.

Dans les deux cas, l'appareil compressif est retiré le soir; et il serait utile de faire laver le membre malade avec un liquide astringent pour nettoyer la peau, et lui donner du ton.

Il ne faut citer que pour mémoire les essais qu'on a faits en Allemagne, pour la guérison des varices par les injections sous-cutanées d'ergotine. D'un autre côté, on a conseillé les injections d'alcool, elles n'ont donné ni les unes ni les autres de résultats sérieux qui les recommandent aux médecins.

Les complications des varices seront traitées par des moyens appropriés : l'œdème et l'ulcère par le repos, la position horizontale du membre et la compression, l'hémorrhagie par la compression au niveau de la plaie. Il pourra se faire que l'écoulement sanguin résiste à tous les moyens employés; dans ces cas, Erichsen opère de la manière suivante : il fait passer une épingle sous la veine et plaçant sur elle un morceau de sonde en gomme élastique, il fait la ligature.

On a conseillé aussi de serrer le membre au moyen d'une ligature au-dessus de la plaie et d'interrompre la circulation artérielle et par conséquent la circulation veineuse. Ce procédé, à la portée de tout le monde, permettrait d'attendre l'arrivée de l'homme de l'art, s'il n'était souvent l'occasion de douleurs intolérables. Il faut cependant le connaître afin de pouvoir l'employer quand on ne pourra faire mieux.

La phlébite sera surtout traitée par le repos, la position élevée du membre, et l'application de cataplasmes.

II

Varices des organes génitaux.

Varices de la vulve et du vagin. — Ce genre de varices, occasionne souvent du prurit, des démangeaisons et des envies irrésistibles de se gratter; elles déterminent parfois de la pesanteur, de la gêne et des tiraillements au niveau des organes génitaux externes.

Complications. — Les principales sont les hémorrhagies et les thrombus. Les varices de la vulve et du vagin peuvent se rompre pendant la grossesse ou pendant l'accouchement. Pendant la grossesse, la rupture des veines dilatées se produit tantôt sans cause appréciable, tantôt à la suite de grattages répétés, comme dans un cas recueilli aux leçons cliniques de M. Depaul, tantôt à la suite d'un coup reçu sur le périnée et la vulve, tantôt par suite du coït, comme dans une curieuse observation de Cramer que nous résumons en quelques mots,

La femme d'un boucher avait été trouvée morte et baignée dans son sang. On avait vu sortir quelqu'un de chez elle; la police se chargea de le trouver et l'arrêta. Au dire du mari, la femme devait être enceinte de six mois.

L'autopsie est faite et l'on trouve sous le clitoris, au voisinage de la petite lèvre gauche, une plaie d'environ 25 millim. de long, située sur une veine aplatie. Le visiteur avait eu des rapports sexuels avec cette femme, et c'était pendant le coït qu'une varice s'était rompue et avait déterminé une hémorrhagie mortelle

On voit par ce fait, combien la question de la rupture des varices vulvaires ou vaginales est importante au point de vue médico-légal.

Simpson fait également ressortir cette importance, lorsque, parlant de nombreux procès survenus par suite de la mort de femmes, ayant succombé à des hémorrhagies se rattachant à des lécions des organes génitaux, il dit :

« Dans la plupart des cas, on soutenait que la cause de la mort était due à ce que la femme se trouvant enceinte, avait reçu un coup sur les parties génitales ; une petite plaie et une hémorrhagie mortelle en étaient résultées. Dans certaines circonstances, la mort avait été véritablement accidentelle : elle avait été la conséquence d'une plaie, la femme étant tombée et s'étant blessée sur un tesson par exemple, ou bien l'hémorrhagie était survenue spontanément; dans d'autres cas, on s'était servi d'un couteau et on avait sectionné les veines des organes génitaux afin de faire croire que la femme était morte d'hémorrhagie puerpérale. »

La plupart du temps les varices se rompent lors de l'expulsion du fœtus, soit que l'occiput comprime les veines dilatées contre les branches ischio-pubiennes, soit qu'il se produise une déchirure partie de l'orifice vaginal et se dirigeant en haut vers la petite lèvre, déchirure qui peut intéresser les vaisseaux, et qui survient surtout chez les primipares.

Parfois en écartant les lèvres il sera facile de découvrir le siège de la lésion, si elle se trouve assez rapprochée de l'orifice externe du canal vulvo-vaginal. Mais si le siège de la rupture veineuse se trouve situé plus profondément, le problème sera plus difficile à résoudre parce qu'une exploration au speculum ne peut se faire sans danger. Cependant il est un signe sur lequel M. Budin a le premier attiré l'attention et qui lui a servi plusieurs fois pour diagnostiquer la déchirure d'une varice vaginale. Dans certains cas, la tête est déjà sortie lorsque l'hémorrhagie veineuse commence à se produire.

On remarque alors des taches de sang au cou, aux épaules ou sur le tronc, tandis que la tête n'est pas maculée. Sans vouloir être complètement affirmatif, M. Budin pense qu'il faut accorder à ce phénomène une grande valeur au point de vue du diagnostic. Lorsque l'hémorrhagie subsiste, en dépit de la rétraction utérine qui se produit après l'expulsion du délivre, il faudra voir dans ce fait une raison de plus, pour songer à une rupture d'une veine du vagin.

Thrombus. — Nous ne dirons qu'un mot du thrombus. Malgré, les assertions de quelques accoucheurs se fondant sur des idées théoriques plutôt que sur des faits positifs, il ne semble pas avoir des rapports établis avec les varices de la vulve et du vagin.

Pronostic. — Généralement les varices vulvo-vaginales n'entraînent pas de graves conséquences. Au moment de l'accouchement elles s'affaissent sous la pression des parties fœtales, pour reparaitre dès que l'expulsion du produit de la conception a eu lieu.

Le pronostic ne laisse pas cependant que d'être assombri par la possibilité d'une rupture et d'un écoulement sanguin abondant. L'hémorrhagie se produit-elle durant la grossesse la femme court de grands dangers, car d'après les relevés de Budin, huit fois sur neuf elle succombe. Cet accident entraine des conséquences moins graves au moment de l'accouchement, parce que d'habitude la malade peut être secourue à temps.

Dans tous les cas, si l'on constate des varices de la vulve ou du vagin chez une femme enceinte, il sera prudent comme *traitement préventif* d'empêcher les rapports sexuels, de recommander le repos. Au moment de l'accouchement, si les veines sont par trop turgescentes, on pourra se servir du chloroforme pour atténuer les efforts expulsifs. Si malgré ces moyens, l'hémorrhagie survient, employez la compression locale avec le doigt. Elle est fatigante, mais c'est la plus efficace. Il peut se faire néanmoins qu'elle soit insuffisante et il faudra avoir recours au tamponnement. Toutefois si le travail est avancé et que l'orifice utérin soit dilaté, le mieux est de terminer rapidement l'accouchement sauf à se servir ensuite de la compression locale.

Varices du col de l'utérus.

Elles sont très-rares. Il faudra se garder de confondre les hémorrhagies auxquelles elles pourraient donner lieu, avec celles qui proviennent d'une insertion vicieuse du placenta, ou d'une déchirure du col au moment de l'accouchement. Le toucher suffira souvent à établir le diagnostic. On pourra se servir pour les combattre, de tampons imbibés d'une solution de perchlorure de fer.

III

Varices de l'anus et du rectum.

Hémorrhoïdes. — La compression exercée par le fœtus ne peut être invoquée dans la production des hémorrhoïdes ; tout au plus pourrait-on la mettre en cause à la fin de la grossesse et au moment de l'accouchement. De l'ensemble des travaux les plus récents sur ce sujet, les hémorrhoïdes se lient à la constipation et plus particulièrement aux efforts de défécation auxquels se livrent les individus qui se trouvent dans cet état.

Plusieurs conditions concourent à distendre les veines hémorrhoïdales, au moment de l'accouchement. Notons surtout la pression directe, par les parties fœtales et les efforts expulsifs de la parturiente.

Les hémorrhoïdes peuvent alors apparaître sous la forme de véritables ampoules dont la tension intérieure peut aller jusqu'à la rupture. Habituellement elles s'affaissent après l'accouchement.

Somme toute, les hémorrhoïdes chez la femme enceinte ne constituent pas en général une complication sérieuse. Pour en atténuer les mauvais effets, il faudra entretenir la liberté du ventre au

moyen de lavements. Le repos, les bains, les cataplasmes seront encore utiles. D'après Van Burn, au moment de l'accouchement et avant la sortie du placenta, il faudrait refouler dans l'anus la tumeur hémorrhoïdale et dilater le sphincter anal en écartant les pouces introduits dans le rectum. De son côté M. Verneuil considère la dilatation forcée comme tellement inoffensive, qu'il n'hésiterait pas à l'employer en pareil cas.

VI

Varices de l'urêthre et de la vessie

Nous passons sur les varices de l'urêthre et de la vessie. Nous les considérons comme des curiosités pathologiques peu importantes au point de vue pratique.

V

Varices du tronc.

Quant aux varices du tronc, qui ont fait le sujet d'un travail remarquable du Dr L. Petit, elles ne semblent pas avoir de grandes relations avec la grossesse.

Nous terminons donc ici notre travail, et nous renvoyons pour plus amples détails à la savante thèse de M. Budin que nous venons d'esquisser à grands traits.

Dr E. Salles.

VARIÉTÉS

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Président du *Concours* à médecin.

J'ai bien l'honeur de vous ravisé que nous ont par ici un médecin qui nous a pris 40 franc qu'un pauvre cultivateur il ne peut pas poutant sourcer l'argent. C'est pour une opération qui la fait à la petite quelle avait 6 mois et qui na pas seulement voulu attende la seve pour savoir si le mal y rèpouserait vu que cetais une grosse envie de sa naisance quelle avait sur la voile de l'euil comme une grose fraise de jardinier. Nous y voulions bien y donné 12 fr. pour son travail vu que cetait pour une enfant et que lopération elle na pas rien duré plus qune demi heure et que jamais un pauvre ou vrier il gagne tellement pas 12 fr. par la semaine avec des bestiaux qui faut nourire.

Alors que jai eu mauvais conte de dire devant le juge de paix que si ce médecin quetait un monsieur Ch... il était venu 6 fois pour la pensé l'hiver dernier dans les neige depuis N... a des 6 kilometre il pouvait bien resté chez lui par force et que si il avait eu sa perdition dans les grandes neiges par ses imprudence quant des hommo il lont ramasser sans ses connaisance et qui ne serait pas arivé alors chez nons quil avait si tellement froid et soif tout de même et tout blan quil a eté bien heureux que nous y donions un verre de bon cidre chaud pour le remetre que cet un ingrat alors que je dis bien que si ma petite elle navait pas bien gueri par ses negligence, que jetions en droit de lactivé en dedomage et intérêt sur lui qu sur ses famille mais heureux pour lui quelle a bien guerit malgré cà. Mais tout de même qui ne vient plus dans nos pays pour cà, que ma feme etait trop en colére sur lui pour ses 40 franc et quelle la fait savoire au monde.

Pour los monsieur le Président je vous dit par la présente que si vous seriez juste comme vous lête il ne devrais pas avoir la permision daller au concours pour les prix qui demande.

Nous ons eu la chance que ces le pharmacin que nous ons consulté aprés pour une bonne purge de 12 sous qui nous a donne ladresse du concours dont je vous écrit positivement et que je suis sûr que vous y mettrai ordre vu que pour une afaire parelle ma femme elle ne veut pas qui sy soie reçut ni moi non plus.

Monsieur le Président j'ai bien l'honeur de vous saluer respectivement avec tout les honétés que je suis capable.

Je vous salue votre serviteur.

Firmin Raviaux.

Pos scritom. Au cas sensément que vous vouriez me récrir ce qui nous ferait plaisir a tout la famille d'être fier de lui faire savoire votre lettre mon adresse est

Firmin Raviaux dit Poulot cultivateur a C... par la F...

Ce 10 février 1881.

Que les lecteurs du *Concours* veuillent bien lire cette lettre, en peser les termes et alors, comme nous, ils trouveront que si elle n'est pas vraie, elle est au moins très réussie et très vraisemblable. Dans tous les cas, nos sincères compliments à son auteur !

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : Dr *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : Dr *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : Dr *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : Dr *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : Dr *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : Dr *Bibard à Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : Dr *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le Dr *Margueritte au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : Dr *Boëll à Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : Dr *Hennart à Gacé* (Orne).

11° Sociétés de Secours mutuels : M. le Dr *Béraud à Charlieu* (Loire).

Le Directeur-Gérant: A. Cézilly.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

19 Mars 1881 — 3me Année. — N° 12

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Larrey* appelle l'attention de ses collègues de l'Académie sur la loi proposée par M. Liouville à la Chambre des députés et tendant à rendre obligatoires la vaccination et la revaccination.

Il annonce qu'au cours de la discussion de cette loi il a formellement demandé à la Chambre de consulter l'Académie sur ce sujet, avant de passer à une deuxième délibération. M. Larrey propose donc à l'Académie de vouloir bien confier à la commission de vaccine le soin d'examiner cette question, afin de transmettre sans retard aux pouvoirs publics l'opinion motivée de la compagnie sur le sujet actuellement en discussion à la Chambre.

M. *Depaul* estime qu'il est de la dignité de l'Académie d'attendre que le gouvernement ou la Chambre veuillent bien la consulter. M. *Béclard* fait observer que l'Académie est toujours libre de faire connaître son opinion sur tous les sujets qui sont de sa compétence, elle n'a pas besoin d'être officiellement saisie de la question : il lui suffit d'en être sollicitée par l'initiative d'un de ses membres et même d'une personne étrangère à l'Académie. — La proposition de M. Larrey n'est pas adoptée.

M. *Bouley* prend la parole au sujet de la communication faite dans la dernière séance par M. Colin *sur un prétendu moyen de conférer l'immunité contre le charbon;* et il donne lecture d'une note écrite par M. *Toussaint* en réponse à M. Colin.

M. Toussaint maintient ses conclusions et il ajoute que si, lors de sa dernière communication à l'Académie, le nombre des animaux rendus indemnes par son procédé n'était que de 18, ce nombre dépasse aujourd'hui 40.

M. *Bouley* n'admet pas que les expériences négatives de M. Colin puissent être opposées aux expériences positives de M. Toussaint. Si M. Colin n'a pas obtenu les mêmes résultats, c'est qu'il ne s'est point placé dans des conditions semblables à celles dans lesquelles s'était placé M. Toussaint. M. Toussaint n'avait eu d'abord en vue que les moutons ; il n'avait réussi à conférer l'immunité qu'à ces animaux ; ce n'est que plus tard, et tout récemment, qu'il est parvenu à créer l'immunité pour d'autres animaux tels que les chiens et les lapins ; or, M. Colin, voulant contrôler les expériences de M. Toussaint sur les moutons, reproduit ces expériences sur qui ? Sur des lapins ! Et, n'obtenant pas les mêmes résultats, il déclare, sans plus ample informé, que les expériences de M. Toussaint sur les moutons n'ont aucune valeur.

Une autre condition des expériences de M. Toussaint était de se servir de sang défibriné. Or M. Colin, qui prétend contrôler les expériences de M. Toussaint, emploie du sang non défibriné. C'est ainsi qu'en faisant des expériences toujours à côté de celles de M. Toussaint, M. Colin arrive à des résultats différents.

En résumé, ajoute M. Bouley, M. Colin semble

s'être donné la mission d'*obstructionniste*, dans les questions de pathologie comparée.

M. *Colin* répond que les expériences de M. Toussaint avec du sang charbonneux chauffé à la température de 55 à 56° n'ont aucune signification. Si le sang, sous l'influence de la chaleur, a perdu ses bactéridies, il perd sa virulence et devient, en même temps, incapable de donner l'immunité ; il se comporte comme du sang ordinaire. Ce n'est pas du virus atténué, c'est un liquide inoffensif, sans activité aucune, dépourvu, par conséquent, de toute vertu préservatrice contre le charbon. Ce qui a trompé M. Toussaint, c'est qu'il a inoculé ce sang charbonneux chauffé et dépourvu d'action à des animaux qui ne contractent le charbon que très-difficilement. Les expériences de M. Colin lui ont démontré que, sur vingt chiens, deux ou trois seulement sont susceptibles de contracter la pustule maligne, qui se manifeste chez eux par d'insignifiantes lésions locales, lesquelles guérissent spontanément.

Si, après avoir inoculé ces animaux avec le sang chauffé, prétendu préservatif, on vient ensuite, au bout de quinze jours ou un mois, les inoculer avec du sang charbonneux virulent, on ne produit pas plus d'accidents sur ces animaux naturellement réfractaires au charbon qu'avec la première inoculation, et M. Toussaint en conclut que ces animaux ont acquis l'immunité.

Il en est de même du cheval, qui contracte également le charbon avec une grande difficulté. L'inoculation du virus charbonneux ne développe chez lui qu'une tumeur qui disparaît, dès le lendemain, sans laisser de traces. Si l'on recommence au bout de quinze jours ou un mois, on ne réussit pas davantage, mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il ait acquis une immunité quelconque. M. Toussaint a opéré sur des moutons réfractaires au charbon, et il lui a été facile de leur donner une immunité qu'ils avaient déjà avant leurs prétendues inoculations préservatrices.

M. Colin n'a pas choisi le mouton pour faire ses expériences parce que, dit-il, grâce à la haute influence de M. Bouley, les moutons destinés à l'école d'Alfort ont été mis à la disposition de MM. Toussaint et Pasteur et non pas à la sienne. D'ailleurs le lapin est le vrai réactif du charbon. Quant à la fibrine du sang, elle n'est jamais un obstacle au succès des inoculations, il y a toujours dans le sang charbonneux, défibriné ou non, une sérosité virulente dont l'inoculation est parfaitement capable de produire le charbon.

M. Colin maintient donc les conclusions qu'il a développées devant l'Académie. Dr L. C...

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A la Salpêtrière.

DE L'ÉTAT MENTAL DANS LES DIVERS DEGRÉS DE L'ALCOOLISME

Dans le monde, même parmi les magistrats, les avocats, les gens instruits, on emploie indifféremment comme synonymes les mots *ivresse*, *ivrognerie*, *alcoolisme*, *dipsomanie*. Cette confusion est non seulement fâcheuse, mais encore très malheureuse, puisqu'elle donne lieu à des décisions contradictoires. Il est donc utile de faire un exposé clinique médico-légal et jurisprudentiel de ces divers états toxiques, et d'étudier au point de vue psychique, l'ivresse, l'ivrognerie, l'alcoolisme et la dipsomanie. Ces états, ont, en effet, des limites et des bornes séparatives, des nuances différentielles qui suffisent à mettre une étiquette vraie sur chacun d'eux.

I. — *Ivresse*. Commençons par l'ivresse. Voyons ce que pensent à son sujet les anciens et la jurisprudence, car cette question regarde la justice de tous les pays. Jamais les Grecs n'auraient accueilli l'ivresse comme excuse. Pittacus voulait même que les fautes commises en cet état fussent punies d'une peine double. La loi romaine a laissé peu de traces à ce sujet. Cependant elle considérait l'ivresse comme un motif d'excuse ainsi qu'en témoigne le texte suivant : *per vinum... lapsis capitalis pœna remittenda est.* D'une façon générale on punissait la faute de l'ivresse et non celle du délit commis, ainsi que l'indique cette autre loi : *impetu delenquitur cùm per ebrietatem ad manus aut ad ferrum venitur.*

En 1495, l'empereur Maximilien fit grâce de la vie aux blasphémateurs, en état d'ivresse. Toutefois la constitution criminelle de Charles V, si belle à tant d'égards, passe l'ivresse sous silence.

D'après un édit de François I[er], quiconque est arrêté ivre ou a commis une faute en état d'ivresse, est d'abord retenu prisonnier et mis au pain et à l'eau.

La seconde fois il est, en outre, battu de verges et fouetté.

La troisième fois, il est fustigé publiquement.

La quatrième fois, on lui coupe les oreilles. Si on appliquait cette loi de nos jours, que de gens auraient les oreilles coupées.

En Angleterre, l'ivresse est punie d'une amende.

Halley, à l'exemple de Pittaeus, voulait que le crime commis pendant l'ivresse fût puni d'une peine double: la première pour la faute, la seconde pour l'ivresse.

En France, la pénalité contre l'ivresse est actuellement réglée par la loi du 23 janvier 1873 due à l'initiative parlementaire du docteur Roussel qui m'a consulté à ce sujet et à qui j'ai fourni beaucoup de documents. Le docteur Roussel a proposé cette loi, et, ce qu'il y a d'étonnant, il l'a fait voter.

La première fois, l'ivresse publique est frappée d'une amende d'un à cinq francs. La récidive dans [illegible]

d'emprisonnement et d'une amende de 16 à 300 francs.

Quiconque a été condamné correctionnellement, deux fois dans la même année, pour délit d'ivresse est, en outre, privé du droit de vote il n'est ni électeur, ni éligible, il ne peut être membre du jury, ni remplir de fonctions publiques, prendre un port d'armes.

Cette loi exécutée en 1873, 1874, l'est moins aujourd'hui. Si elle l'est peu c'est qu'elle est peu exécutable surtout en matière de récidive. Il y a tant d'ivrognes que cette loi, faite pour intimider, n'a intimidé personne ; elle n'a diminué en rien l'ivresse, ni les délits commis sous cette influence. Elle n'a pas atteint le but moralisateur qu'on en attendait.

A Paris il y a en moyenne quinze individus arrêtés chaque jour pour ivresse, mais en général ce délit se complique d'autres choses, vagabondage, rébellion, outrage, etc.

Cette loi a donc manqué un peu son effet et il en a été d'elle comme des sociétés de tempérance ; les excès continuent quand même, l'Amérique est là pour garantir le fait.

En général la loi française n'élève pas l'ivresse au rang d'excuse. Il serait bien utile et intéressant tout à la fois, de connaître, sur ce point spécial, la jurisprudence des autres peuples Malheureusement on étudie peu chez nous l'histoire des pays voisins et l'un des obstacles est l'ignorance de leur langue. On n'est pas polyglotte. Quand des missionnaires, des voyageurs, des savants rentrent chez nous, on oublie de leur demander un résumé de la jurisprudence des pays qu'ils ont visités ; c'est un grand tort, car on apprendrait ainsi beaucoup de choses. Nos dictionnaires de jurisprudence ne contiennent presque rien sur les pays étrangers.

En fait, on n'admet guère l'ivresse comme excuse.

Peu de temps après son second mariage, Pierre-le-Grand envoie un messager à la czarine. Il faisait froid ; celui-ci arrive en état d'agitation et il est introduit. On se retire. Ce messager qui s'appelait Villebois, un Français, pénètre dans la chambre à coucher, se jette sur la czarine avec une indicible brutalité. L'honneur de l'époux absent ne put être sauvé, malgré les prompts secours qui survinrent. Enfermé dans un cachot, Villebois s'y endormit, et lorsque Pierre-le-Grand mandé en hâte, voulut l'interroger, il dormait encore : il ne se rappela même rien au réveil. Le czar, qui avait de bonnes raisons pour excuser l'ivresse, se contenta d'envoyer le coupable sur les galères et le gràcia six mois après. C'est là un fait particulier qui n'indique pas une jurisprudence.

Au point de vue psychique, l'ivresse présente trois périodes.

Dans la première, les facultés intellectuelles et les forces physiques s'exaltent. La pensée plus rapide se traduit par un choix heureux dans les expressions et par des réparties fines. Si quelques paroles irréfléchies, indiscrètes se font jour, elles n'en indiquent pas moins une conscience parfaite dans cet état qui n'offre pour ainsi dire rien de pathologique.

Pendant la seconde période, l'imagination est moins vive, la voix s'élève peu à peu et la turbulence arrive. La face rougit ou pâlit extraordinairement, les veines du cou se gonflent, la céphalalgie se produit et la sensibilité s'émousse. L'individu est maladroit, renverse les objets qu'il touche ou laisse échapper ceux qu'il prend. La prononciation s'embarrasse, les jambes chancellent, des évacuations involontaires se produisent et la confusion s'établit dans les idées. A ce degré, les sens sont capables d'illusions et les voies de fait arrivent très-facilement. Nous sommes en présence d'un homme dangereux pour lui-même et pour les autres, car il est presque assimilable à un maniaque.

La troisième période se caractérise par un sommeil profond, apoplectique, accompagné de stertor respiratoire. Incapable de faire le bien ou le mal et comparable à un grossier animal, l'homme ivre se couche par terre, n'importe où, à la merci du passant et de tous les agents vulnérants. Cet état lui communique deux qualités, la résistance au froid et à la contagion.

II. Ivrognerie. L'ivresse est un accident, l'ivrognerie est un état. Il y a une différence sensible entre l'homme ivre et l'ivrogne. Les Romains l'avaient remarqué ; *ebrius* et *ebriosus* exprimaient pour eux deux états bien différents.

Au point de vue médico-légal, l'abus des liqueurs fortes doit rester sans influence sur la capacité et la responsabilité tant qu'il n'y a pas de délire ; il tend à faire disparaître le soupçon d'un état ébrieux produit exprès pour excuser le crime.

L'ivrognerie passe souvent inaperçue.

La justice militaire n'admet pas qu'un soldat qui a commis une faute puisse être excusé parce qu'il était en état d'ivresse. Mais, moins sévère que la justice civile, le conseil de guerre frappe rarement avec dureté le crime commis dans cet état. Il admet que ce peut être une excuse.

L'ivrognerie pèse lourdement sur l'avenir des populations. Il y a longtemps qu'Amyot a écrit : « l'ivrogne n'engendre rien qui vaille. » Les enfants d'ivrognes sont fréquemment jetés hors des voies normales. Ils sont épileptiques, imbéciles, affectés de pied-bot. L'ivrognerie est cause de tares chez les enfants. Quand vous vous trouvez en présence de malformations, de défectuosités intellectuelles, rappelez-vous les travaux de Morel. Ils ont démontré qu'un individu ivre accidentellement, qui a des rapports fécondants, engendre un enfant qui se trouve jeté hors des voies normales. C'est un enfant qui n'est pas comme les autres. On s'étonne de trouver un bec-de-lièvre, un pied-bot, etc., chez un enfant dont les frères, les sœurs n'ont rien de semblable. Confessez la mère, tâchez de savoir les circonstances dans lesquelles elle est devenue enceinte ; elle vous racontera, si ses souvenirs ne sont pas confus, que ses règles étaient passées de la veille, que son mari très excité..,etc. et votre étonnement cessera.

Un médecin de Westphalie, Ruer, a publié des faits bien extraordinaires. Il a été pendant longtemps à la tête du service médical de mines considérables dans lesquelles les mineurs descendent le lundi pour ne remonter que le samedi soir. Mais le dimanche les ouvriers se grisent et la nuit ils ont des rapports avec leurs femmes. C'est exception-

nellement que l'enfant de ces mineurs vaut quelque chose. La mortalité effrayante qui pèse sur lui n'est pas imputable à l'absence d'hygiène, à l'absence de lumière, etc. C'est généralement à la suite de convulsions que ces enfants succombent.

Beaucoup de ménages ne peuvent élever leurs enfants. Le père va tous les jours au cabaret, telle est la vraie cause.

III. Alcoolisme. On s'est beaucoup occupé de cette question depuis une quinzaine d'années. L'alcoolisme ou folie alcoolique comprend les différentes formes d'aliénation mentale, qui sont la conséquence de l'usage habituel et immodéré des boissons fermentées. La folie alcoolique diffère de l'ivresse. L'une est le résultat immédiat de l'intoxication aiguë, l'autre est une des manifestations symptomatiques de l'alcoolisme chronique, non pas que la folie alcoolique affecte toujours une marche chronique. Elle peut aussi se présenter avec une allure franchement aiguë et surtout sous une forme subaiguë qui n'est malheureusement pas assez connue. Examinons ces trois états.

Alcoolisme aigu. — Ce n'est autre chose que le *delirium tremens.* Qu'un alcoolisé dépasse momentanément la dose habituelle et l'accès éclate souvent tout à coup en arrivant immédiatement à son apogée. Il est agité, anxieux, inquiet, parle avec volubilité; il gesticule, il vocifère. La physionomie exprime l'étonnement, l'inquiétude et la terreur. L'œil est brillant, injecté, les muscles de la face et de la langue sont agités d'un tremblement continuel qui donne à la voix un son tremblotant remarquable. Les hallucinations forment la base de cet état maladif et elles présentent des caractères spéciaux. L'alcoolique est effrayé par l'aspect des animaux qui l'entourent et s'agitent autour de lui. Il voit des rats, des souris, des insectes, des chiens, des serpents, des loups, etc. Il est surtout effrayé par les sceptres et les fantômes qui s'approchent de lui et le menacent. Mais ce qui rend son effroi indescriptible, c'est l'eau qui l'entoure, l'eau qui monte et qui va l'inonder et l'engloutir. Sous l'influence de cette hallucination, il monte au grenier, sort par la lucarne et va se réfugier sur le toit. Chaque année les sapeurs-pompiers de Paris, recueillent ainsi sur les toits, une douzaine d'individus qui s'y sont réfugiés à la suite d'un accès d'alcoolisme aigu.

A cette période il n'est pas rare que des actes violents soient commis. Ces hallucinations terrifiantes deviennent facilement la cause de suicides ou de crimes.

Vous serez quelquefois appelé précipitamment pour un malade demeurant à l'hôtel. Vous vous trouverez en face d'un homme effrayé qui vous dira: Je vois des têtes qui s'approchent, qui grossissent, qui se rapetissent, qui disparaissent qui renaissent, etc. Comme il est grand! comme il est petit! Il semble être spectateur d'une fantasmagorie. Sachez bien que ces illusions étranges, ces images à forme humaine qui grossissent ou se rappetissent se voient dans l'alcoolisme et ne se voient que là.

Appelé en consultation par deux confrères, pour une dame du grand monde qui se plaignait de ne pas dormir et voyait des choses qui grossissaient, se rapetissaient et disparaissaient pour reparaître ensuite, je me dis: Voilà une dame qui boit, mais il ne faut pas le dire tout de suite. Mes confrères ne connaissent pas ce symptôme. Une fois seul avec eux. Cette dame boit, leur dis-je — Je n'en sais rien ; c'est bien extraordinaire, répond chacun d'eux — Je suis sûr que c'est l'alcool et je vais la confesser. Revenu près d'elle, je la questionne : Est-ce que vous n'avez pas l'habitude de prendre un peu de liqueur? — Je ne bois que du madère depuis plusieurs années, mais j'y ajoute de l'eau. Elle en prenait quotidiennement une bouteille ou deux tiers de bouteille.

Elle avait un accident toxique. Chaque fois que vous trouverez ce symptôme, soyez sûr qu'il y a de l'alcool.

Dans bien des cas il faut employer la camisole de force. Le pouls bat 105, 110, le malade a soif, il refuse l'eau sucrée et les aliments qu'on lui présente. Souvent il est pris de sueurs très abondantes qui sont l'indice d'une crise favorable, car généralement cet accès se termine très bien. Dans le cas contraire, l'excitation est suivie de dépression, et le malade pâlit ; il peut mourir dans l'espace de vingt à trente minutes. Les surveillants de l'infirmerie connaissent bien cet état, aussi vont-ils chercher le médecin. Le pouls s'affaiblit; de vibrant qu'il était, il disparaît et le malade succombe en dépit de tous les efforts. Souvent même on n'a pas le temps de le transporter à l'Hôtel-Dieu.

On rencontre un cas de mort sur cinquante, c'est-à-dire deux pour cent.

Dans ces cas à issue funeste, on n'observe pas de sueurs.

Tel est l'alcoolisme aigu qui fait de l'homme un être dangereux qui frappe, commet des crimes, se suicide, etc., ce qui donne lieu à l'examen et à la solution de nombreux problèmes.

(*La suite prochainement*)

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques réflexions sur la coqueluche et son traitement.

Continuons la série des actualités pathologiques : c'est surtout au printemps qu'on voit sévir la coqueluche — Parler déjà du printemps comme d'une actualité, voilà qui peut sembler prématuré : sans doute un météorologiste me ferait doctement observer que le printemps ne commence pas avant le 21 mars; un poète me raillerait ironiquement d'évoquer par ce joli mot des idées de ciel azuré et de tièdes effluves dans le mois des giboulées, où les timides rayons d'un soleil anémique ont trop souvent à lutter contre des torrents de pluie.

Astronome et poète auraient tous deux raison; nous sommes à peine au printemps. Mais je parle à des médecins qui savent que rien n'est

aussi absolu en clinique qu'en astronomie et que les maladies du printemps peuvent devancer le printemps officiel. Cela est si vrai que depuis peu, si j'en crois plusieurs confrères, les cas de coqueluche se sont multipliés dans leur clientèle ; aussi, cette vilaine ennemie du jeune âge va-t-elle nous occuper aujourd'hui.

Loin de nous la pensée de recopier ici les excellentes choses qui ont été écrites par les classiques sur la coqueluche ; tous nos lecteurs ont lu Trousseau, Rilliet et Barthez et probablement West. Que pourrait-on ajouter après ces maitres sur la description même de l'affection ? Pourtant certains points de détail ont été mis en lumière par de récents travaux sur lesquels il ne saurait être inutile d'appeler l'attention ; enfin c'est un sujet toujours fécond en enseignements que l'étude des complications de la coqueluche, et des moyens que nous avons à notre disposition pour les prévenir et les entraver.

Tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que la coqueluche présente tous les caractères d'une affection épidémique et contagieuse ; il parait singulier que des observateurs comme Stoll, Laennec, Ozanam aient pu nier la contagion, quand on se rappelle quantité de faits analogues à celui-ci : « Nélaton racontait que dans une réunion de douze enfants il s'en trouva, pendant quelques instants seulement, un qui avait la coqueluche ; on s'en aperçut presque immédiatement après son arrivée ; on le fit sortir, ce qui n'empêcha pas les onze autres enfants de contracter la maladie. »

Une première atteinte confère l'immunité, si bien, pour le dire en passant, que les prétendues récidives de coqueluche sont probablement des erreurs de diagnostic causées par ces *coqueluchoïdes* que M. Noël Gueneau de Mussy a eu le mérite de faire connaitre ; on sait que, si elle est par excellence un fléau de l'enfance et s'attaque plus souvent aux filles, les adultes et quelquefois même les vieillards n'en sont pas exempts. La prédisposition du tempérament lymphatique cadrerait bien avec une théorie sur laquelle nous reviendrons, celle de l'adénopathie trachéo-bronchique.

A propos du début et de la période catarrhale, la première question qui se pose est celle du diagnostic, et son importance est grande. Quand on songe combien la coqueluche fatigue les enfants, même quand elle est bénigne et d'une durée moyenne, on comprend avec quelle anxieuse insistance les mères tourmentent le médecin pour avoir une réponse précise, dès que les enfants sont pris d'une toux assez violente. « Docteur, est-ce la coqueluche ou n'est-ce qu'un rhume ? »

Il n'est malheureusement pas toujours facile à cette période de répondre catégoriquement à une telle question ; on doit tenir compte de plusieurs signes pour établir le diagnostic différentiel. D'abord c'est une toux *sèche*, *courte*, saccadée, fréquente, accompagnée d'une sensation de titillation gutturale insupportable. — L'enfant a-t-il eu la rougeole ? — Cette toux qui peut se rapprocher de la toux *férine* est généralement moins sonore pourtant ; elle ne s'accompagne pas de coryza, d'éternuements, de larmoiement. — Les secousses de toux qui peuvent se répéter quinze, vingt, trente fois par minute se groupent en quintes à intervalles plus ou moins longs, et si ces quintes sont plus accentuées la nuit, on doit pencher vers la coqueluche. — La notion de contagion permit un jour à Trousseau d'éviter une erreur : une demoiselle soumise à son examen présentait une fièvre véhémente, une toux incessante et quelques râles dans la poitrine ; on pouvait songer à une phthisie aiguë ; mais, quand il sut que la jeune personne avait été voir son frère atteint de coqueluche, ce maître n'hésita pas à affirmer le diagnostic.

Autre embarras : Chez les enfants prédisposés, le début est quelquefois signalé par des accès de laryngite striduleuse ou par d'autres accidents spasmodiques tels qu'une sorte de hoquet (Trousseau) à l'exclusion de tout élément catarrhal.

Le mouvement fébrile a en général plus de vivacité et de durée que dans un rhume simple ; il peut manquer absolument par exception. Presque constamment la langue est saburrale sans que l'appétit soit d'ordinaire altéré.

M. Guéneau de Mussy dans ses remarquables Etudes Cliniques (1), a insisté sur la valeur d'une sorte d'enanthème muqueux qu'il décrit ainsi : « En observant la gorge, j'ai trouvé la luette rouge, injectée, ainsi que la partie interne des piliers antérieurs du voile du palais. Cette injection dessine sur ces piliers deux bandes d'un rouge rosé qui en suivent les contours et vont se réunir dans la base de la luette. Tout l'isthme du gosier et le pharynx présentent la même injection ; les glandules de ce dernier deviennent saillantes et donnent à la muqueuse un aspect chagriné ou granuleux. » Cet érythème se distingue facilement du pointillé de la rougeole, de la rougeur ardente de la scarlatine, de l'aspect vernissé de l'érysipèle du pharynx, mieux encore de la rougeur saumonée de la voute palatine et de la muqueuse buccale signalée par le même clinicien au début des oreillons.

M. Guéneau de Mussy pense que dès le premier septénaire commence un engorgement des ganglions bronchiques qu'il a toujours rencontré à des degrés divers et auquel il fait jouer le principal rôle dans la pathogénie de la toux convulsive.

On sait exactement depuis la description minutieuse qu'en a donnée M. Barèty (2), que les ganglions bronchiques forment trois agglomérations principales : l'une inférieure située dans l'angle formé par la divergence des deux grosses bronches, en contact immédiat avec les deux pneumogastriques et le plexus pulmonaire qu'ils contribuent à former, — deux autres supérieures situées sur les côtés de la trachée, en rapport avec les nerfs récurrents et se continuant avec deux chaînes ganglionnaires qui accompagnent ceux-ci dans leur marche ascendante. Par ces rapports intimes entre les ganglions trachéo-bronchiques et les nerfs de la dixième paire paraissent être expliquées, « ces altérations de la voix, ces dyspnées, ces toux rauques, ces inspirations sifflantes et comme étranglées entre les lèvres de la glotte convulsivement contractées, » phénomènes consécutifs à tout travail morbide développé dans ces ganglions. Tout ré-

(1) Union médicale (1875).

(2) Thèse inaug.

cemment M. Baréty, poursuivant les recherches commencées dans sa thèse, a pu établir la coexistence de la laryngite striduleuse et de l'adénopathie trachéo-bronchique. C'est par la percussion et l'auscultation que se révèle l'engorgement ganglionnaire. Dans la région sternale en avant et dans la région interscapulaire en arrière on constate la matité, la résistance au doigt ou au moins une tonalité plus aiguë; le murmure respiratoire est modifié du côté correspondant aux ganglions malades : il est plus faible, plus rude, plus aigu, quelquefois aspiré ou ronfleux, assez souvent suivi d'une expiration presque soufflante. La compression de la bronche principale par les ganglions engorgés entrainerait également une diminution de l'expansion thoracique, tandis que dans l'emphysème la faiblesse du bruit respiratoire s'accompagne d'une ampliation exagérée. Le décubitus pendant le sommeil du côté affecté, précisément parce que ce côté respire moins librement que l'autre, serait ici observé comme dans la pleurésie avec épanchement considérable.

Enfin il convient d'ajouter aux symptômes précédents des plaintes poussées pendant le sommeil, une sorte de *gémissement* qui accuse le malaise inspiratoire. Plus prononcés encore dans la période suivante, ces gémissements paraissent augmenter quand le malade se couche du côté opposé aux ganglions affectés, et quelques enfants les poussent même dans le jour après les quintes.

La durée moyenne de la première période de la coqueluche est de huit à quinze jours. Alors apparaît le phénomène dominant de la seconde période, la quinte convulsive, qui est considérée comme le signe essentiel, caractéristique de la maladie ; il est pourtant raisonnable d'apporter quelque restriction à la valeur de ce symptôme, puisque nous avons vu signaler des toux quinteuses semblables dans d'autres affections thoraciques qui s'accompagnent d'adénopathie bronchique, notamment dans la tuberculose pulmonaire.

C'est dans la description de la quinte que Trousseau a déployé les merveilleuses ressources de son style inimitable et le saisissant tableau qu'il en a laissé est dans toutes les mémoires. Le sifflement inspiratoire qui succède aux secousses expiratoires et le rejet d'un liquide glaireux et filant paraissent être en somme la véritable caractéristique de la quinte de coqueluche légitime et la différencient des formes frustes et dégénérées. Celles-ci apparaissent sous forme de toux simplement quinteuses et durent une quinzaine de jours chez des individus qui vivent dans un foyer de coqueluche. Ce sont des *coqueluchoïdes* qui toutefois peuvent transmettre la coqueluche, comme la varioloïde peut transmettre la variole. La contagiosité est la pierre de touche de ces coqueluches.

Nous nous garderons bien de rappeler à nos lecteurs tout ce que disent les classiques sur les variétés des accès, leur nombre, leur terminaison et les causes occasionnelles qui les font naitre. Arrivons au point qui est d'un véritable intérêt clinique et pratique, aux complications de la coqueluche. En somme le coqueluche n'est pas grave par elle-même, elle le devient, hélas ! trop souvent par ses complications, et par ce côté de vue nous serions tenté de la rapprocher de la scarlatine. C'est à la convalescence, c'est-à-dire au moment où peuvent apparaître tant d'incidents redoutables, que commence le danger de la scarlatine ; c'est à l'apparition des complications que naît le danger dans la coqueluche. Plusieurs de ces complications peuvent devenir des causes de mort ; car on meurt de la coqueluche — assez rarement à la vérité pour ne pas assombrir trop les statistiques, — mais assez souvent pour imposer au praticien le devoir de se montrer très réservé dans son pronostic.

Dans toutes les maladies c'est une étude bien importante que celle des causes de mort, ne fût-ce qu'au point de vue de la thérapeutique de prévoyance qu'on est amené à instituer pour parer à ces éventualités sitôt qu'on les soupçonne. L'intérêt de ces questions n'échappe pas à nos maîtres : M. Dieulafoy a fa t d'importantes recherches sur ce point dans la fièvre typhoïde ; M. Huchard peu après les a reprises et élargies, continuant ainsi une série de travaux qui depuis sa thèse inaugurale sur les causes de la mort dans la variole, jusqu'à la thèse inspirée par lui à M. Niquet sur la tuberculose chronique, trahissent visiblement chez ce praticien un dessein prémédité.

Pour revenir à la coqueluche, la mort peut être causée par l'exagération de telle ou telle complication imputable, suivant la division excellente et classique, à l'élément catarrhal, nerveux ou mécanique.

Par exagération de l'élément catarrhal nous avons trop souvent à déplorer l'extension de la phlegmasie à toutes les parties de l'appareil respiratoire; la congestion pulmonaire, la bronchite capillaire, la pneumonie lobulaire sont assurément les causes les plus fréquentes de mort dans la coqueluche ; chacun sait que l'atténuation des manifestations nerveuses de la toux dès que l'inflammation broncho-pulmonaire se déclare, a contribué à la naissance du fameux adage, *febris spasmos solvit* ; on n'ignore pas non plus que l'élévation de la température, la fréquence des pulsations et des mouvements respiratoires avec dyspnée croissante, l'apparition des râles sous-crépitants fins et du souffle sont les signes ordinaires de cette complication redoutable.

Mais outre ces phlegmasies aiguës, il faut encore redouter le développement à échéance plus lointaine de la tuberculose pulmonaire, et nos anciens avaient bien raison de dire par la plume énergique de Willis que la rougeole et la coqueluche étaient les deux *vestibula tabis*.

Les complications de l'élément nerveux sont d'un intérêt au moins égal; c'est à elles que sont imputables les cas de mort subite. M. Du Castel en 1872 dans sa thèse inaugurale a cité plusieurs exemples de morts rapides après des accès de coqueluche. Les uns sont attribués par lui soit à un état comateux, interrompu par des convulsions généralisées et symptomatiques d'hémorrhagies méningées, soit à des convulsions toniques limitées, c'est-à-dire à un véritable spasme de la glotte avec tétanos des muscles expirateurs. Les autres peuvent être dus à l'arrêt du cœur (*convulsions internes*, de certains auteurs) : Wintrich a en effet expérimentalement démontré qu'une série d'expirations énergiques et précipitées peut arrêter le cœur en diastole et, grâce à une obser-

vation clinique attentive, M. Huchard (1) est arrivé à constater par la percussion l'augmentation de volume du cœur pendant et après les accès de toux de la coqueluche ; il se produit une véritable dilatation aiguë du cœur ; c'est pour employer l'expression connue, un *cœur forcé*.

Aux complications de l'élément mécanique ressortissent les vomissements incoercibles qui succèdent à chaque quinte et s'opposent à l'alimentation. Si les quintes sont très-fréquentes, la nutrition peut être absolument entravée ; le malade meurt littéralement de faim, il court à l'inanition et à la cachexie avec toutes leurs conséquences, l'entérite, la diarrhée colliquative. Il y a lieu de distinguer les vomissements mécaniques des vomissements cérébraux dus aux complications de congestion cérébrale ou de méningite tuberculeuse et qui présentent ce caractère de s'opérer sans effort, *en fusées*, comme on dit.

L'emphysème serait très-rare d'après Rilliet et Barthez, qui en donnent la raison suivante : la série des expirations quinteuses expulse l'air du poumon, et la constriction du larynx pendant la reprise en empêche la rentrée. Pourtant, M. Roger a cité un cas où la mort a été la conséquence d'un emphysème interlobulaire, puis sous-cutané généralisé.

Les hémorrhagies ne sont pas d'ordinaire des complications mortelles, à l'exception de celles des méninges ou du cerveau ; pourtant des épistaxis réitérées peuvent contribuer notablement à affaiblir le malade. Nous ne pousserons pas plus avant, n'ayant pas voulu passer en revue toutes les complications (dilatation des bronches, hernies, rupture du tympan, ulcération sublinguale etc., etc.); mais seulement étudier celles qui peuvent mettre la vie en danger.

Disons quelques mots du pronostic : il devra être basé sur le nombre des quintes, — grave lorsque celui-ci dépasse quarante par jour, fatal au delà de soixante — sur l'existence des complications que nous avons citées, sur l'âge (avant six mois l'enfant est bien compromis), enfin, sur l'état antérieur, (rougeole, scrofule, tuberculose à laquelle la coqueluche viendra donner un coup de fouet).

Nous ne ferons pas ici, sous le nom de traitement, l'énumération rigoureuse de toutes les médications usitées. Dans le nº du 7 août 1880 du *Concours médical*, le Dr P. a écrit sur ce sujet une Revue générale à laquelle nous renvoyons nos lecteurs ; nous chercherons seulement à préciser quelques points.

Rappelons d'abord ces paroles de Franck : « Il est plus facile d'abréger d'un jour la vie du malade que d'un jour la coqueluche, » Elles sont encore vraies aujourd'hui ; il est inutile de chercher un spécifique probablement introuvable. Nous ne pouvons rien contre la coqueluche elle-même. Toutefois ce n'est pas à dire qu'on doive se condamner à l'impuissance. Car c'est souvent dans les maladies presques cycliques qui paraissent échapper le plus à la thérapeutique, que les indications journalières sont variées et urgentes. En un mot il faut faire la *thérapeutique des symptômes* avec énergie et discernement.

(1) Thèse d'agrég. de M. Pitres, 1878. Notes.

Pourtant ici comme dans la diphthérie, nous rencontrons une théorie antiseptique basée sur l'étiologie parasitaire admise par Letzerich, Henke et Tschamer. Ceux-ci ont, comme on sait, trouvé dans les crachats des coquelucheux des micrococcus qui, transplantés chez le lapin, reproduiraient la maladie, mais seraient détruits par une solution de quinine ; aussi ont-ils préconisé les inhalations avec cette solution ou des insufflations de quinine en poudre sur la muqueuse laryngée.

La première période réclame peu de chose, sinon des loochs ou juleps calmants ; toutefois l'intensité et l'étendue de la congestion broncho-pulmonaire indiquent l'administration de l'ipéca, réitéré tous les deux ou trois jours au besoin, mais il faut proscrire le tartre stibié qui débilite et entraîne facilement des désordres gastro-intestinaux. L'application sur la poitrine d'un révulsif, qui pourra être de l'huile de croton mélangée en proportion variable suivant l'âge avec de l'huile d'amandes douces, est également indiquée.

A la période convulsive, pour modérer la violence et la fréquence des quintes, on a le choix entre les innombrables formules des auteurs. Après la belladone qui se recommande du nom et de l'autorité de Trousseau, nous avons une certaine confiance dans la teinture de bryone qui dans le Journal de thérapeutique de 1878 a été l'objet d'une consciencieuse étude par le Dr Louvet-Lamare ; à la dose quotidienne de 1 gramme chez un enfant de sept ans elle parait être d'un heureux effet.

La teinture de drosera déjà employée par Curry au siècle dernier contre la toux des phthisiques, est diversement appréciée ; ce qui est certain, c'est qu'on a pu en donner de 1 à 10 gr. à des enfants de sept ans sans aucun inconvénient ; n'eût-elle que l'action eupeptique qui lui est reconnue par M. Dujardin-Beaumetz (Soc. de Thér. 1878), elle ne serait pas sans utilité dans cette maladie athrepsiante ; Darwin fils a prouvé que la drosera est une plante insectivore qui digère très bien les tissus animaux.

M. Guéneau de Mussy a formulé une espèce de thériaque, qui fera sourire peut-être les médecins hostiles à la polypharmacie, mais dont les bons effets nous sont connus : aussi croyons-nous bien faire en la reproduisant ici :

Sirop de fleurs d'oranger........	45	grammes.
— de codéine..............	30	—
— de belladone............	30	—
— d'éther.................	15	—
Eau de laurier cerise...........	6	—
Bromure de potassium...........	2 à 3	—

Ce médecin combat l'adénopathie bronchique par des badigeonnages de teinture d'iode en avant et en arrière de la poitrine.

Raymund, W. Keating et Bruen ont administré avec succès le sulfate de quinine à l'intérieur aux doses, trop élevées selon nous, de 0, 60 à 90 centigrammes chez des enfants de deux à douze ans. Sous cette influence les accès tomberaient de quarante à cinquante par jour, à huit ou dix.

Comme inhalations antispasmodiques Wilde en 1875 a proposé un mélange de chloroforme, 30 — éther, 60 — essence de térébenthine, 10. L'année dernière M. Barèty a plaidé de nouveau

en faveur de cette dernière substance dans l'Union médicale.

Les émanations d'acide phénique dans l'appartement ont réussi à titre de préventif des accès au Dr Harries (Lancet, 1878) et celles de pétrole ont été recommandées par Hildebrand (1878), mais nous proscrivons absolument les émanations hydrocarburées des usines à gaz si fort à la mode à une certaine époque et qui ne sont bonnes qu'à donner des pneumonies. Les bains d'air comprimé peuvent être utilisés, sauf dans les cas de complications broncho-pulmonaires.

L'usage du café noir ou vert nous paraît avantageux ; mais ce qui s'impose par dessus tout, c'est la nécessité dans les cas de vomissements fréquents de donner à manger à l'enfant, aussitôt qu'il vient de vomir, et sans jamais se lasser, une petite quantité d'aliments nourrissants et faciles à digérer, car c'est le seul moyen d'éviter l'inanition, aussi dans le même but on tirera grand profit des lavements de peptones.

Le traitement hygiénique comprend l'usage de vêtements chauds ou légers suivant la saison, l'exercice modéré, soit à l'air libre quand la coqueluche est bénigne et la température douce, soit en cas contraire dans les chambres ensoleillées de l'appartement. Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Le Conseil judiciaire du Concours avait répondu à l'un de nos confrères :

Ne peuvent être conseillers municipaux les *agents salariés* de la commune.

Le médecin qui *émarge au budget* communal, pour une cause quelconque, doit être considéré comme agent salarié.

D'autre part voici ce que nous lisons dans le *Progrès médical*, à propos de l'incompatibilité entre les fonctions du Conseiller municipal et de médecin de la préfecture de police :

Parmi les réclamations qui ont été formulées contre les résultats des élections municipales de Paris, il en est une demandant l'annulation de l'élection du Dr Dubois, sous prétexte que M. Dubois est médecin de la Préfecture de police, et, dès lors, salarié sur les fonds de la ville de Paris, ce qui serait une cause d'inéligibilité.

L'article de la loi visé par les auteurs de la protestation est l'article 9 de la loi du 5 mai 1855, qui, dans son paragraphe 1er, dit que les *agents salariés* de la commune ne pourront être conseillers municipaux — Cette disposition ne peut évidemment pas s'appliquer à M. Dubois qui e t chargé d'un service spécial, est médecin attaché à une administration mais non *l'agent* de cette administration. Le *Paris municipal*, exprime de la manière suivante son opinion sur la question :

« L'article de la loi du 5 mai 1855 ne peut être applicable dans ce cas, car le mot *agent* doit seulement s'entendre des personnes qui occupent un emploi *permanent*, c'est-à-dire qui sont, en *permanence*, au service de l'administration et qui n'ont d'autre profession que celles qu'ils tiennent de la nature de cet emploi.

Ceci a tellement été la pensée des législateurs que, pour prévenir toute fausse interprétation, les auteurs du nouveau projet de loi municipale ont ainsi rédigé l'article relatif aux inégibilités : « Ne peuvent être élus conseillers municipaux : 7° Les *agents salariés* de la commune, parmi lesquels ne *sont pas compris* ceux qui, exerçant une *profession indépendante*, ne reçoivent une indemnité qu'à raison des services qu'ils rendent dans l'exercice de leur profession. »

Il est probable que le Conseil de préfecture de la Seine adoptera cette manière de voir et que la demande d'annulation sera rejetée.

II

Rapport de M. Ducosté, de Brionne (Eure) sur un projet de société de secours mutuels post mortem, *ou société des* Old-fellows, *(vieux camarades)*.

Messieurs,

L'année dernière, dans la réunion que nous avons tenue à Pont-Audemer, mon honorable collègue et ami, le docteur Bigourdan, nous avait dit quelques mots d'un projet sur lequel nous avions conversé plusieurs fois ensemble.

L'heure avancée nous avait empêchés de discuter l'idée émise par notre honorable confrère; aussi, Messieurs, je viens vous prier de m'accorder un instant votre bienveillante attention pour vous entretenir de ce projet, convaincu, que nous sommes, que vous l'accueillerez favorablement, puisqu'il est dicté par un sentiment de bonne et sincère confraternité.

La question des assurances sur la vie est l'une des plus importantes qui, depuis quelque temps, ait vivement préoccupé le corps médical; aussi, avant d'aborder notre sujet, qui s'y rattache par plus d'un point, vous demanderai-je la permission de vous en parler un peu.

Les débuts de la carrière médicale, nous sommes malheureusement à même de le constater, sont, à de trop rares exceptions près, difficiles. Jeunes, nous vivons d'espoir et l'avenir nous apparaît plein de promesses.

L'âge mûr vient et, souvent avec lui, la désillusion. L'existence de notre association en est une preuve convaincante, puisque tous les ans, nous avons à soulager, dans une mesure souvent, à notre regret, insuffisante, des confrères malheureux, des veuves et des enfants de médecins qui n'ont pu, malgré un travail opiniâtre et même au détriment de leur santé, laisser aux leurs, autre chose que la misère. Peut-il exister pour l'homme de bien une perspective plus dure, que celle de savoir après lui, les siens plongés dans l'infortune.

Il était donc naturel que l'idée de parer à cette triste éventualité, par les assurances sur la vie, vînt à plusieurs d'entre nous. De là, ces nombreuses discussions qui ont retenti, jusqu'au sein de la société mère, de là ces *interminables articles des journaux médicaux* qui ont retourné la question sous toutes ses formes.

C'est le rédacteur en chef de la *Tribune médicale*, le docteur Laborde, qui a émis le premier, l'idée de la création d'une caisse d'assurance-vie mutuelle entre médecins. Les idées de notre honorable confrère parisien, ont été discutées déjà dans plusieurs sociétés, notamment celle d'Alger et celle de Bordeaux. La première de ces sociétés, après un rapport remarquable du docteur Trolard, a cru à la possibilité de la création d'une assurance mutuelle entre médecins. La seconde par la plume de son rapporteur, le docteur Lande, a rejeté complètement cette idée et l'a déclarée impraticable. L'honorable membre de la société de la Gi-

ronde, présentait comme principaux arguments: 1° La léthalité particulière des médecins, (ce qui, pour beaucoup d'entre nous, n'est pas suffisamment prouvé). 2° L'absence d'un capital de réserve et l'impossibilité de placer les fonds de réserve, comme il est permis aux assurances de le faire, c'est-à-dire d'une manière avantageuse; mais au contraire, obligation à l'assurance mutuelle médicale de placer ses fonds sur des valeurs de l'État, enfin les frais énormes de perception. Je n'ai point l'intention de vous entretenir de toute la polémique à laquelle ont donné lieu ces différents rapports et où de part et d'autre, nos confrères ont montré un véritable talent. »

La société de la *Gironde* a donc repoussé l'*assurance mutuelle* entre médecins et a été d'avis que nous devions traiter directement avec les assurances existantes. Pour faciliter le paiement des primes en re.ard, cette société a proposé à *l'association générale*, une révolution par laquelle tout sociétaire, momentanément empêché de verser sa prime annuelle, pourrait recourir à la caisse générale de l'association, ou à la caisse de sa société, pour en obtenir l'avance d'une prime annuelle qu'il rembourserait plus tard.

Cette résolution a été rejetée.

La question est donc toujours pendante.

Les uns, désirant, comme les docteurs Laborde et Trolard, fonder une assurance entres médecins, les autres se rattachant au système du docteur Lande, c'est-à-dire préférant traiter, soit particulièrement, soit plusieurs ensemble avec une compagnie et en obtenir certains avantages.

Du nombre de ces derniers, est le docteur *Cézilly*, directeur d'un journal que nous avons tous reçu, le *Concours médical;* le journal patronne une compagnie étrangère dont les avantages sont tellement supérieurs à ceux qui sont offerts par les compagnies françaises, qu'au premier abord, « on serait tenté de croire à « une fable, si l'on n'avait affaire à des Américains. En « effet, messieurs, la compagnie que recommande le « docteur Cézilly est la New-York.

« La New-York est, dit-on, une vieille compagnie « américaine; mais, malgré sa longue existence, vous « me permettrez jusqu'à plus amples informations de « douter et de la tenir en légère suspicion. Je ne sais « si comme moi, vous vous méfiez de toute importation « financière venant du pays illustre dernièrement par « notre confrère, le docteur Tanner.

« Aussi donc, pour discuter dans le sein d'une so« ciété comme la nôtre, les avantages offerts par le « *Concours médical*, il me paraît prudent d'attendre, « que la caisse de prévoyance fondée par cet organe « de publicité ait fourni une plus longue carrière. »

Un argument que je n'ai vu nulle part formulé contre la possibilité de la création d'une « assurance mutuelle entre médecins, » et qui, à mes yeux, a une grande valeur est celui qui est tiré « de la difficulté « de la reconnaissance des statuts de cette société par « le conseil d'Etat.

« Jusqu'à ce jour, en effet, ce corps n'a point voulu « autoriser la création de compagnies françaises d'as« surances mutuelles sur la vie. »

Croyez-vous, messieurs, que le conseil d'Etat qui s'est déjà montré envers nous impitoyable, se départira, en notre faveur de cette réserve ?

Je ne le pense pas.

De tout cela, messieurs, je dois conclure que la création d'une assurance sur la vie entre médecins, est *loin d'être possible* et qu'il nous faut recourir à des *compagnies françaises aux tarifs très élevés*, à moins que vous ne daigniez accepter le projet que je vais avoir l'honneur de vous soumettre au nom de mon ami le docteur Bigourdan et au mien. Ainsi que je vous l'ai déjà dit, Messieurs, les adversaires de la création d'une assurance entre médecins se basent : 1° sur l'impossibilité de créer une assurance sans un capital social, sans un fonds de réserve qui puisse permettre à la société financière de parer à tous les événements. « Car sans fonds de réserve, dit le docteur Lande, il suffirait que le chiffre de décès survenus parmi les premiers associés, fut par suite de conditions spéciales plus grand que ne l'indiquent les tables de mortalité pour que, dès la première année, les affaires de la société fussent gravement compromises. »

Ce fonds de réserve ne peut être constitué que par des *actionnaires* qui devront toucher certains bénéfices et par cela même l'assurance entre médecins aura les mêmes charges que les compagnies particulières et devra, par conséquent, avoir des tarifs presque égaux à celles-ci.

2° Les frais de gestion qui, d'après le docteur Laborde lui-même, seraient énormes. Il est évident que les frais de perception devront être considérables, puisqu'il s'agira de primes, c'est-à-dire de sommes relativements importantes, dont le recouvrement nécessitera l'intermédiaire des banquiers.

3° Sur notre mortalité particulière. Je n'ai pas à m'étendre sur ce sujet, puisque, quel que soit le projet d'assurance, nous devons nous conformer à cette léthalité. Pour que vous puissiez accepter le projet que nous vous soumettons, il faut donc qu'il n'offre aucun de ces désavantages.

Dans tous les projets d'assurance sur la vie, il n'a été question que *d'assurances mixtes*, c'est-à-dire, faisant bénéficier à un certain âge, s'il vit, l'assuré lui-même, et versant, s'il est décédé, avant d'arriver à cet âge, le montant de l'assurance à ses héritiers. Notre projet, messieurs, serait au contraire, une *assurance sur la vie entière*, et ne faisant par conséquent, bénéficier que les *héritiers*.

Je m'empresse de vous dire qu'il n'est pas absolument nôtre. Notre seul honneur sera de l'avoir propagé parmi vous, et si vous l'acceptez, de voir fonctionner en France, une association qui, ailleurs, porte ses fruits.

Cette société a été fondée, il y a déjà longtemps, par des *Français expatriés aux Etats-Unis*. Ces malheureux, loin de la mère-patrie, comprenant que la mort de l'un deux jette souvent les siens dans la misère, se sont réunis et ont fondé une association qu'ils ont appelée les Old Fellows, — Les vieux camarades. — Cette association avait pour but de faciliter aux veuves, aux enfants, le rapatriement, ou de leur fournir une somme leur permettant de continuer les affaires du défunt. Depuis, les Old Fellows sont devenus riches, et l'exemple de nos compatriotes a été suivi par d'autres.

Le système des Old Fellows est des plus simples. Supposons, en effet, que nous *nous associions entre nous à* 1.000 ; chacun de nous en entrant à l'association *versera* 25 francs. Nous aurons donc *de suite* 25.000 fr. Cette somme constitue notre fonds de réserve. Un de nous vient à mourir, *chacun des survivants envoie* 5 francs, ce qui fait à la veuve ou aux héritiers, 5,000 francs moins 5 fr.

Le sociétaire mort est de *suite remplacé* par un autre qui apporte lui aussi, sa *prime d'entrée*, 25 francs, de sorte que si chaque décès est une perte pour chaque sociétaire, il est en même temps une source d'augmentation du capital social qui ne tarde pas à devenir important. Il n'y a donc pas à craindre que la mortalité étant une année plus forte, l'association soit ruinée. Les sociétaires seuls auraient en pareil cas plus à payer, mais, par coutre, l'association n'aurait qu'à y gagner.

Dans les *assurances*, la prime fût-elle trimestrielle, est toujours forte, et il peut arriver qu'un assuré soit momentanément dans l'impossibilité de la payer. Ne la payant pas, il perd ses droits. Dans notre projet, les sommes versées à chaque décès peuvent former à la fin de l'année, un *total respectable* et conséquem-

ment pourraient gêner le sociétaire s'il devait les payer en *une ou deux fois*; mais, au contraire, n'étant à solder que par *fractions* de 5 fr., elles deviennent pour lui une chose presque insignifiante. C'est, en un mot, permettez-moi cette comparaison, comme pour l'achat d'un ouvrage d'un prix élevé que nous n'hésitons pas à faire lorsqu'il nous est possible de nous le procurer par livraisons. Ainsi donc, le sociétaire aurait plus de facilités pour solder ses primes, puisqu'elles seraient moins élevées, mais, dût-il arriver qu'il ne put momentanément faire face à ses engagements, il pourrait alors demander un secours, c'est-à-dire, le paiement provisoire de ses primes, secours qui serait pris sur le fonds social, sur l'actif social qui n'appartenant pas à des actionnaires, comme celui des compagnies, mais en fait, à tous les sociétaires, peut recevoir toute destination qui serait prévue dans les statuts.

Dans les *Old Fellows*, comme dans notre association actuelle, la radiation est prononcée contre les membres devenus indignes et ceux qui ne *veulent plus payer leurs cotisations*.

Ainsi donc, Messieurs, comme vous le voyez, ce n'est pas en réalité une assurance mutuelle sur la vie, mais bien une *société de secours mutuels, post mortem*. Envisagée comme telle, le Conseil d'Etat ne pourrait lui refuser l'autorisation.

Cette société de *vieux camarades*, de *bons camarades*, serait le complément de l'association générale; en effet, l'association générale ne doit secourir que les malheureux d'entre nous et ne doit qu'indirectement s'occuper de leurs veuves; tandis que les Old Fellows, laissant de côté le sociétaire qui, vivant, peut être secouru par la *société générale* ou *locale*, ne s'occupent que de ses survivants.

Et loin de demander, comme le voulait le docteur Lande, que l'*assuré reçoive secours de l'association des médecins*, plus tard, nous en avons la ferme conviction, l'*association des vieux camarades* devenue, elle aussi, comme celle des Old Fellows d'outre-mer, riche et puissante, grâce à son actif social, pourra, et ce sera son devoir, *venir en aide à l'association générale*.

Une compagnie d'assurances sur la vie ne pourrait exister sans le secours de capitalistes; de là, la nécessité pour elle d'avoir des primes élevées, de là, aussi l'obligation d'avoir recours pour leur perception à des agents largement rétribués. Si les partisans des docteurs Laborde et Trolard parvenaient à fonder, parmi nous, une assurance, ils devraient évidemment, pour percevoir les primes, se *servir des banquiers*. D'intermédiaire en intermédiaire, il est facile de comprendre à quel taux énorme, malgré toute l'habileté que pourrait déployer le confrère Directeur, devraient forcément s'élever les frais de perception.

Dans les *Old Fellows*, point n'est besoin d'une comptabilité compliquée comme celle des compagnies; point n'est besoin pour la perception, de l'intermédiaire d'agents, ni de banquiers, tout se passe comme dans une société de secours mutuels. Point de conseils d'actionnaires recevant, pour leur participation à la direction, des jetons de présence, point de ces inspecteurs richement dotés, tout ici se fait, comme parmi nous, à l'élection.

Les mille associés nomment le Président, titre honorifique comme celui de président de notre association, ainsi que les membres de la commission de surveillance, le trésorier, etc., Dans chaque département, ou région, les Old Fellows élisent aussi un ou plusieurs d'entre eux, pour recevoir plus directement les avis de la commission de surveillance.

Tous les ans, chaque associé aurait à verser une somme de 5 fr. qui serait perçue de la même manière que les primes.

Ces 5,000 fr. sont affectés aux frais généraux dont nous allons nous entretenir :

Nous n'aurions pas le droit d'exiger d'un Président, qu'il nous donnât tout son temps; aussi, il serait juste qu'il fût aidé par un employé rétribué et de plus, *l'association* aurait à pourvoir à certains frais de correspondance que je vais indiquer sommairement.

Un des nôtres vient à mourir, un avis imprimé, envoyé sous bande, avertit chaque associé (frais de poste de un centime; pour les mille, 10 fr.). En mettant au plus 20 décès par an, 200 fr. et 100 fr. pour frais d'impression; nous aurons la somme de 300 fr. Ajoutons à cette somme 500 fr. pour couvrir les frais de correspondance du président ou du trésorier, et il nous restera encore plus de 4,000 fr. pour faire face au loyer du siège social et au paiement de l'employé secrétaire dont le rôle, comme vous le voyez, est des plus simples. A cette somme de 5,000 fr. doivent s'ajouter, les intérêts du fonds social.

Comment devra-t-on percevoir la prime? La poste, depuis quelque temps, s'engage à recevoir les quittances, et cela pour une faible rétribution, un peu moins de 50 centimes pour 5 fr., tous frais compris, même le mandat-poste qu'elle renvoie à l'expéditeur après qu'elle a perçu le montant de la quittance.

De huit à dix jours après avoir reçu l'avis imprimé constatant le décès d'un membre, le facteur apporte à chaque associé une quittance de 5 fr. 50 centimes qu'il perçoit et dont le montant est envoyé par le bureau de poste sous forme d'un mandat au président, ou au trésorier expéditeur.

Comme vous le voyez, Messieurs, les frais de perception devront être supportés par le sociétaire lui-même.

Il nous reste donc, à voir ensemble si le projet que nous vous soumettons, le Dr Bigourdan et moi, présente une économie sur les autres compagnies.

La prime d'assurance de toutes les compagnies françaises est de vingt-cinq à trente ans, retenez bien ce chiffre, de vingt-cinq à trente ans, c'est-à-dire à un âge où peu de nous pensent à s'assurer, de 125 fr. pour une assurance sur la vie entière de 5,000 fr.

Les tables de mortalité que nous avons consultées présentent, au premier abord, de grandes différences. Les tables anciennes de Deparcieux, de Duvillard et de Dumonferrant, qui ont servi de base aux calculs des assurances existantes, donnent une moyenne de décès de vingt-cinq à soixante-quinze ans de 14 pour 1,000 au plus. En ajoutant à ce chiffre pour notre léthalité particulière 4 pour 1,000, nous arrivons au chiffre maximum de dix-huit décès par an pour mille associés.

D'un autre côté, en lisant attentivement, dans le dictionnaire de Dechambre, l'article mortalité dû à la plume de notre confrère Bertillon, nous trouvons une mortalité de 17 pour 1000. Si nous ajoutons quatre, nous arrivons à vingt-un décès. En additionnant ces deux tables que nous augmentons chacune de quatre décès, nous n'atteignons pas une moyenne de vingt, chiffre qui nous paraît exagéré, mais que nous acceptons néanmoins pour ne pas être désillusionnés. De sorte que nous obtenons ce résultat :

Intérêt annuel calculé à 4 0/0 des 25 fr. versés.	1 fr.
Les frais de gestion.	5 fr. 50
Les primes des vingt décès.	110 fr.
En tout.	116 fr. 50

Ainsi en ajoutant à notre moyenne plus de quatre décès par an. nous sommes loin d'atteindre le chiffre de la prime des assurances.

Nous devons. en outre, vous faire remarquer que, dans notre projet, nous acceptons l'associé de vingt-cinq à cinquante ans, et que dans ce cas, beaucoup auraient, dans les compagnies d'assurances une prime plus importante à payer.

J'arrive à une considération qui, aux yeux de beaucoup d'entre nous, pourrait avoir un certain intérêt.

Je veux parler de l'*examen médical*. Dans les compagnies, nul n'est admis à contracter une assurance sans avoir été examiné par un médecin *choisi* par elles, c'est-à-dire qu'elles ne reçoivent que ceux qui ne présentent aucun symptôme de maladies organiques pouvant amener la mort plus ou moins promptement.

L'*examen médical* est donc pour les compagnies une nouvelle source de bénéfices, puisqu'en somme, il diminue de beaucoup les chiffres des tables de mortalité. Les auteurs de ces tables, en effet, n'ont point, pour les établir, mis de côté les malades.

Nous, Messieurs, nous nous basons sur le chiffre des tables de mortalité, nous l'augmentons même dans une proportion très forte pour répondre à ceux qui croient que la profession médicale présente plus de dangers que les autres. Nous voulons suivre l'exemple de l'*association générale* ou *locale* qui, lorsqu'elle a à recevoir un membre, ne s'occupe point de son degré de fortune; ne s'occupe point de savoir si son manque de ressources au moment de l'entrée à l'association, la mettra dans l'obligation de le secourir, si le malheur vient à le frapper. Par conséquent, *pas d'examen médical*, et comment pourrait-on, entre médecins l'exiger? Quel est celui d'entre nous, qui voudrait prendre sur lui la triste responsabilité de faire refuser un confrère? Ce serait un rôle pour nous plus que pénible. Et puis, les Old Fellows, ne sont point une affaire financière, mais bien une association toute fraternelle devant venir en aide à tous les membres du corps médical. Les Old Fellows devront être la suprême ressource de nos veuves et de nos enfants.

Nous n'avons pas plus le droit de refuser ceux qui seraient déjà frappés par la maladie, que les confrères fortunés ne refusent de faire partie de l'association médicale, en lui apportant leurs cotisations, qui permettent de secourir d'autres confrères moins favorisés.

Comme vous le voyez, le projet que nous vous soumettons présente des avantages réellement supérieurs à ceux des compagnies; mais dût-il arriver que nos prévisions ne se réalisassent point et que le chiffre des décès fut tel que le total des primes devînt égal, même supérieur aux primes des Compagnies d'assurances, que nous devrions encore l'accepter, car nul autre n'est basé sur un sentiment aussi élevé et aussi empreint de confraternité.

Les médecins ne ressemblent-ils pas à nos compatriotes fondateurs des Old Fellows disséminés aux Etats-Unis au milieu d'étrangers, ne sommes-nous pas, en effet, nous aussi, disséminés au milieu de populations souvent hostiles et comme eux, nous ne devons compter que sur nous, sur notre *confraternité* qui, nous devons l'avouer, sera notre plus grande force.

III

A M. Ducosté médecin, à Brionne.

Cher confrère,

Nous cherchons tous, chacun selon la tendance de notre esprit, à faire de notre mieux. Il ne peut donc y avoir de motif qui nous excite à vanter la voie que nous voulons ouvrir les uns et les autres. Nous tendons au même but: trouver la meilleure solution pour rendre l'aisance à ceux d'entre les nôtres qui ne l'ont jamais eue, ne l'ont pas et ne l'auront jamais.

Vous proposez un projet de *Société de secours mutuels post mortem*. Ah oui, nous devrions songer à la mort, cher confrère. Pour peu que nous ayons dépassé la quarantaine, nous pouvons déjà constater amèrement combien les vides confraternels se font autour de nous. Mais vous le savez aussi, malgré ces leçons journalières, il nous semble trop souvent que le coup fatal ne nous frappera que plus tard; et nous dire: Ne songez qu'à la mort, ne songez qu'aux vôtres et non à vous, et compter que mille confrères vont, du jour au lendemain, répondre à votre appel, pour assurer aux leurs la somme de 5,000 francs, c'est avoir grande confiance. Ce nombre fatidique de mille est vite prononcé : si vous saviez combien il est difficile de l'atteindre!

Tenez, voilà une idée fondée, celle qui a présidé à la création du *Concours médical*, (fondée pour vous au moins qui en faites partie avec 1800 autres) et il a pourtant fallu plus de trois années pour commencer à lui donner quelque consistance.

Nous ne dirons pas, que votre projet de société qui, lui aussi, vient d'Amérique, nous inspire la moindre confiance; non, nous regardons à la chose et non à la provenance et nous approuvons fort l'idée de prendre notre bien où il se trouve. Ce qui est bon ailleurs, doit être bon en France.

Mais croyons bien que dans l'exposé de ce projet, mieux eût valu répondre aux objections de M. le D[r] de Ranse, que de vous faire l'écho inconscient de préjugés que rien ne justifie.

Nous avons reproduit votre exposé d'une façon littérale, nous contentant de guillemeter quelques passages. Vous dites : 1° De là ces interminables articles qui ont retourné la question sous toutes ses faces.

Avouez qu'*interminables* est peu généreux pour la presse, puisque les projets en question, dont le nôtre fait partie, ne peuvent que gagner à être connus et murement étudiés. Mais laissons-là ce détail! Nous ne nous plaignons pas de la longueur de votre exposé.

Nous soulignons ensuite le passage suivant: « Le « journal le *Concours médical* patronne une compagnie étrangère dont les avantages sont tellement supérieurs à ceux qui sont offerts par les compagnies françaises, qu'au premier abord on serait tenté de croire à une fable, si l'on n'avait affaire à des Américains.

Ah! cher confrère, vous auriez pu ne point céder ainsi à l'influence du préjugé. Mieux eût valu discuter la réalité de ces avantages que vous trouvez fabuleux, et vous assurer si le confrère qui fera le sacrifice d'argent annuel que vous lui réclamez, n'aurait pas, grâce à l'Assurance sur la vie, à la New-York, ou ailleurs, en France, par exemple, puisque vous le proposez, mieux assuré le bien-être des siens après sa mort et le sien propre à une certaine période de sa propre existence. Croyez bien que le D[r] Tanner n'a rien de commun avec une compagnie d'assurance *vieille d'un demi-siècle* et que les gens qui lui confient plus de 200 millions, tant à l'étranger que chez nous, ne sont pas de vulgaires badauds.

Posons d'abord comme règle que tout projet qui provient d'un confrère doit être tenu pour *sérieux* jusqu'à preuve du contraire et qu'il ne convient pas de s'exposer à le déprécier sans parfaite connaissance de cause: Méfiance est mère de la sûreté; mais rien ne doit nous porter à nous méfier du projet que vous voulez importer chez nous. Bien au contraire.

Quant à la *Caisse de prévoyance*, il est probable que vous n'en avez pas compris la nécessité, tant il est simple. Vous vous assurez, et la portion de la première prime qui d'ordinaire appartient à l'agent qui vous fait contracter assurance, est versée en partie à la Caisse de prévoyance. Voilà tout.

10 assurés, 10 sommes versées, plus les assurés sont nombreux plus la caisse est riche et plus elle a d'éventualités d'entrée en fonctionnement. — Elle est aussi avantageuse avec 10 qu'avec 100, qu'avec mille assurés. Vous voyez que nous sommes pratiques et comptons avec la réalité. Si nous en venons à la valeur de la compagnie : Etudiez-la, cher confrère, puisque vous dites : la New-York qui, *dit-on, est une vieille compagnie*, et faites nous l'honneur, à nous aussi, de croire que [illegible] d'une année à rechercher la meilleure et la plus sure

forme d'assurance, sans nous être convaincus par tous les moyens d'information à notre disposition (et ils sont sérieux) que nous pouvions conseiller, avec prudence, à nos confrères de contracter une assurance que nous avons volontiers contractée nous même.

Ces réserves faites, permettez-nous quelques conseils : que votre mandataire à l'*association générale* insiste surtout sur le grand avantage de votre projet, la *suppression de l'examen médical*, le sacrifice que le bien portant fait à l'invalide, sur la solidarité, la fraternité. N'appuyez pas sur les résultats pécuniaires que vous espérez obtenir, sur les économies d'administration etc... ce sont des objets secondaires et beaucoup plus discutables. Vous aurez alors des chances d'être écouté avec faveur par les hommes d'expérience du *conseil général* et d'obtenir un appui tout puissant. Et même en cas d'insuccès, que rien ne fait prévoir, nous serions alors à votre disposition pour vous prêter notre bien faible appui pour la sanction de votre cause généreuse.

Permettez-nous aussi quelques rectifications : Non le *conseil général* n'a pas rejeté la proposition qui consiste à permettre aux sociétés locales de faire l'avance des primes que leurs membres ne pourraient momentanément payer aux compagnies d'assurance. Elle leur conseille d'examiner la question. Nous croyons que cette mesure n'aura pas leur agrément.

Le Conseil d'Etat vient d'autoriser, en France, à Rouen, une compagnie *d'assurances mutuelles sur la vie à primes fixes*, mais sans lui permettre pour le moment *d'abaisser ses tarifs*. Vous obtiendrez donc probablement l'autorisation pour votre projet.

Mais votre association fraternelle n'évite, pas plus que l'assurance mutuelle professionnelle, le danger de ne pas s'appuyer sur un capital préexistant et, dès le commencement, sur un nombre de membres suffisant.

Les *Old-fellow* d'Amérique ont du être assistés d'une façon quelconque à leurs débuts (l'association générale peut vous rendre ce service) et l'éloignement de la mère-patrie, l'isolement, ont contribué probablement à hâter leur recrutement comme nombre. Vous verrez bien s'il en est de même parmi nos confrères. Il est probable aussi que les premiers sacrifices pécuniaires ont été plus élevés que les contributions actuelles.

Pour ce recrutement si difficile, vous vous enlevez aussi le puissant mobile du bien-être personnel en perspective, puisque vous êtes une société de secours mutuels *post mortem*.

Il existe, d'ailleurs, sur divers points de la France, des sociétés analogues à celle que vous proposez. Vous pourrez faire votre profit de l'étude de leur fonctionnement. Il en est une, à *Paris*, fondée entre Israélites, qui compte 1500 membres. Elle est dans une situation financière satisfaisante ; elle a pour but de pourvoir aux frais des funérailles de ses adhérents. Ces cérémonies comportent des frais de trois à quatre cents francs (peut-être et probablement moins). Les cotisations annuelles sont donc très certainement peu élevées et tout le personnel se trouve à Paris. Néanmoins cette association comporte un *personnel administratif* beaucoup plus considérable que celui sur lequel vous établissez vos calculs. Et remarquez que cela se passe entre gens appartenant tous à une race bien autrement prévoyante, industrieuse et calculatrice que la nôtre, celle où l'on trouve la plus forte proportion d'assurés sur la vie.

Remarquez aussi que votre projet est en réalité une société *d'assurance mutuelle sur la vie, à prime flottante*. C'est ce genre de mutuelles qui a procuré bien des déceptions. Partout il est remplacé aujourd'hui par les puissantes *mutuelles à primes fixes*.

Ces observations, cher confrère, seront au bénéfice de votre tentative. Nous savons, par expérience, qu'aucun éloge ne vaut les approbations réfléchies et mûries.

La Direction.

VARIÉTÉS

SIMPLE HISTOIRE

Agricol n'était pas riche; modeste cultivateur à Saint-Pierre-en-Val, il avait, sous par sous, amassé quelques louis au fond d'une vieille bourse en cuir, et c'était là que, chaque année, il puisait religieusement pour subvenir à l'éducation de Jacques, son fils. Le brave homme n'avait qu'un but, conduire ce fils jusqu'aux portes du grand séminaire; une fois ce but atteint, il était sauvé. Malheureusement, Jacques n'eut pas la vocation ecclésiastique. Il voulait être médecin. La commune de Saint-Pierre-en-Val ne possédait comme praticien, qu'un vieil officier de santé que l'âge et la maladie clouaient chez lui les trois quarts de l'année. Voir Jacques dûment installé dans le petit village, souriait assez au père Agricol. Mais une chose faisait défaut : l'argent. Pour la vingtième fois, le vieux paysan consulta la vieille bourse ; compta, recompta les pièces d'or qu'elle contenait, supputa au plus bas prix les frais et les dépenses à faire 1,200 francs pour frais d'examen, de thèse, etc., etc. ; 100 francs par mois pendant cinq ans ; en somme, un total de 7,000 à 8,000 fr. Impossible d'arriver, le sac contenait deux cents louis au plus. Agricol fils, lui, ne comptait pas. Il venait d'être reçu bachelier, il demanda tout simplement à partir.

— Çà ne se peut pas, çà ne se peut pas, disait un soir qu'ils étaient seuls, le vieillard à sa digne épouse.

— Si nous vendions la terre du *Petit-Pont*? répliqua la bonne femme.

— Le champ du Petit-Pont !

— Pourquoi pas ? il vaut bien mille écus au bas mot.

— Vendre le seul lopin de terre que nous possédions !

— Qu'est-ce qu'il nous rapporte ce lopin ? Il est éloigné de la ville, mal situé, exposé à tous les vents... Une fois médecin, Jacques saura bientôt gagner de quoi nous acheter mieux ; ce n'est qu'un prêt que nous lui faisons. D'ailleurs, Jacques est fils unique, lui donner le champ ou l'argent...

Le lendemain, Jacques partait pour Paris. La petite terre fut mise en vente, elle ne trouva pas acquéreur.

Jacques était un brave garçon ; économe, travailleur, répondant de son mieux aux sacrifices que s'imposaient ses parents.

Quatre années se passèrent. Le champ n'était pas vendu. Il ne restait plus que quarante-cinq louis. Quarante-cinq louis? Jacques les prit et regagna la capitale.

Un matin, dans une petite crêmerie du quartier, notre pauvre étudiant venait d'achever son maigre déjeuner. Il était triste ; son trésor fondait à vue d'œil.

(La fin au prochain numéro)

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Decembre, 326, rue de Vaugirard

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

26 Mars 1881 — 3me Année. — No 13

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Proust lit un rapport *sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs.* Ce travail est suivi d'une instruction sur la nature des secours qui doivent leur être donnés. Le rapporteur examine les différentes espèces d'asphyxies auxquelles sont exposés les mineurs, et les moyens à employer pour y porter remède. Il traite ensuite avec détail des brûlures, fractures, plaies et hémorrhagies et des soins urgents que réclament ces lésions.

M. Léon Colin fait une communication *sur l'épidémie de variole des Esquimaux et sur la réceptivité spéciale des nouveaux venus dans les foyers épidémiques.* L'auteur insiste sur ce point particulier : que cette épidémie, née en Europe, ne relevait pas d'un virus spécialement malin ; mais que, dans toutes les épidémies, les formes graves atteignent toujours les personnes soudainement mises, pour la première fois, en rapport avec leur foyer d'activité. En second lieu, dit-il, la stéatose hypertrophique des principaux viscères, conséquence de leur régime alimentaire, a pu contribuer à placer plus facilement ces Esquimaux dans la voie des altérations anatomiques de la variole grave.

M. Mesnet lit un mémoire sur *l'hémoglobinurie dite paroxystique*, qu'il propose d'appeler *hémoglobinurie a frigore*, appellation qu'il considère comme plus correcte et mieux en rapport avec l'étiologie et les caractères de cette affection.

Deux faits importants caractérisent cette maladie qui n'a pas encore sa place marquée dans notre nosologie : 1° une urine sanglante et albumineuse ; 2° l'absence complète de globules sanguins dans l'urine.

En résumé, dit M. Mesnet, le caractère essentiel de cette maladie est de se montrer sous forme d'*attaques* survenant à intervalles plus ou moins éloignés, sous l'influence d'une cause invariable, *le refroidissement*. La durée de l'attaque ne dépasse guère de six à huit heures. Dans l'intervalle des attaques, la santé semble parfaite ; aucune lésion d'organes, aucun trouble fonctionnel ne se révèlent, si ce n'est un certain degré d'anémie. Les quelques symptômes qui accompagnent l'attaque sont : une sensation très accusée de froid aux pieds, presque aussitôt de légers frissonnements ; de la céphalalgie avec un état semi-vertigineux ; la sensation de constriction épigastrique ; un malaise général avec mal de cœur, sans nausées ni vomissements. Pendant cet état de malaise général, le pouls monte de 10 à 15 pulsations par minute et la température de 1° 1/2 à 2°.

L'urine recueillie pendant l'attaque donne une double série ascendante, puis descendante, de nuances graduées du rouge pâle au rouge très-foncé.

Le spectroscope accuse la présence de l'hémoglobine ; le microscope ne laisse apercevoir aucune trace de globules rouges. L'attaque terminée l'urine revient à l'état normal.

Vaccinations et revaccinations.

L'Académie est saisie officiellement et officieusement de la question des vaccinations obligatoires : officiellement par une lettre du président du Conseil, ministre de l'instruction publique ; officieusement par une lettre de M. le Dr Liouville, auteur de la loi proposée.

Nous pensons que, si l'on a attendu si tard pour consulter l'illustre compagnie, c'est que son opinion paraissait connue d'avance. Personne, en effet, n'ignore avec quel soin, avec quelle persévérance l'Académie s'est toujours efforcée de propager la vaccination ; et, sans parler du service si important de vaccinations qu'elle a établi dans son sein, on connaît les récompenses qu'elle décerne tous les ans aux personnes qui ont apporté le plus de zèle à répandre l'usage et la pratique de la vaccine.

En conséquence, la réponse, sur la question qui lui est posée, ne saurait être douteuse.

L'action préservatrice de la vaccine ne pouvant plus aujourd'hui être sérieusement contestée, quels sont les motifs que l'on aurait à invoquer contre l'*obligation* que la loi nouvelle veut établir ? Une théorie bizarre, et qui ne soutient même plus l'examen, prétendait voir dans la variole une crise salutaire indispensable : c'est l'extinction de la variole qui, suivant elle, aurait amené ces terribles fléaux que l'on appelle la tuberculose, la scrofule et la fièvre typhoïde ! Nous aurions quelque honte à discuter cette théorie devant des médecins.

Parlera-t-on ici encore de la liberté du père de famille ? En quoi la liberté du père de famille est-elle atteinte par l'obligation de faire vacciner ses enfants ?

Sans doute imposer une obligation nouvelle, c'est restreindre d'autant la liberté, et toutes les lois sont des restrictions à la liberté de chacun de nous : mais la Société ne peut exister qu'à la condition que la liberté de chacun soit limitée par la liberté de tous. Ce principe une fois admis, nous ne voyons pas en quoi l'obligation de faire vacciner un enfant attenterait plus à la liberté du père que l'obligation de le déclarer à la mairie et de lui constituer un état civil. Un citoyen ne peut pas réclamer pour lui le droit de répandre dans son pays un fléau comme la variole, et d'attenter ainsi à la santé de ses concitoyens, pas plus qu'il ne pourrait réclamer le droit de nuire aux biens et aux propriétés de ses voisins. Sur ce point encore la question est donc facile à trancher.

La seule objection sérieuse que l'on puisse faire à la vaccination, c'est qu'elle est devenue, dans des cas relativement assez rares, mais encore trop nombreux malheureusement, l'occasion d'une infection syphilitique de l'organisme. Il est certain que si, en se faisant vacciner, on devait courir, par cela même, le risque de prendre la syphilis, nous trouverions le remède pire que le mal. Mais il est des précautions qui permettent de se tenir en garde contre un tel danger : d'ailleurs la loi n'édictera pas la nécessité de vacciner de bras à bras ; et le vaccin de génisse sera toujours absolument inoffensif et inattaquable sur ce point.

Si l'obligation de la vaccination est reconnue nécessaire et acceptée comme telle, l'obligation des revaccinations n'est plus qu'un corollaire de la première, puisqu'il est bien démontré maintenant que la puissance protectrice de la vaccine décroît avec le temps.

La difficulté sera d'assurer l'observation de la loi : comment en effet s'assurer que telle ou telle personne s'est fait revacciner ? — Dans combien de circonstances ne nous demande-t-on pas de prouver notre identité, de présenter notre acte de naissance, nos papiers, en un mot : il y aura un papier de plus à présenter dans ces circonstances, et peut-être dans d'autres que l'expérience ne manquera pas de susciter.

Reste un dernier point à examiner : il s'agit de la difficulté que les médecins éprouvent à se procurer du vaccin ; nos confrères ont dû, comme nous-même, avoir à en souffrir bien souvent : nous appelons, sur cette question, l'attention du gouvernement qui doit nous faciliter, autant que possible, l'application de la loi.

Il est bon de nous souvenir que nous avons déjà eu l'exemple de lois excellentes tombées en désuétude par suite des difficultés que leur exécution a rencontrées dans la pratique. Il ne faudrait pas commettre de nouveau cette faute, qui pourrait toujours être évitée, si le gouvernement et les législateurs, avant de présenter une loi de ce genre, consultaient le corps médical, non pas seulement sur la question d'utilité, mais sur la pratique et les moyens d'exécution.

Dr J. Geoffroy.

Nous croyons utile de faire connaître à nos lecteurs la circulaire suivante que M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adresser aux préfets :

Paris, le 12 mars 1881.

Monsieur le préfet,

Aux termes de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, article 5, l'ordonnance d'un médecin preserivant l'emploi de substances vénéneuses,

doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances ainsi que le mode d'administration du médicament.

Cette disposition paraît avoir été perdue de vue, et la plupart des médecins se contenteraient aujourd'hui d'indiquer, seulement en chiffres, la quantité des substances vénéneuses qu'ils prescrivent.

Les pharmaciens, de leur côté, exécuteraient ces ordonnances irrégulières, au risque de compromettre également leur responsabilité.

L'ordonnance de 1846, en imposant aux médecinu l'obligation d'indiquer en toutes lettres la dose des substances vénéneuses entrant dans un médicament, a voulu prévenir les erreurs qui peuvent résulter du déplacement, par inadvertance, de la virgule dans l'indication en chiffres des fractions du gramme.

Il importe beaucoup à la sécurité publique que cette sage prescription ne tombe pas en désuétude et que le médecin se conforme strictement aux obligations qui lui sont imposées.

Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien rappeler aux médecins qui exercent dans votre département que toute ordonnance prescrivant l'emploi de substances vénéneuses doit en indiquer la dose en toutes lettres. Vous aurez également à rappeler aux pharmaciens qu'ils ne doivent jamais exécuter une prescription médicale formulée en chiffres, quand elle exige l'emploi de substances vénéneuses.

Vous voudrez bien, en outre, avertir ces praticiens de l'un et l'autre ordre que, s'ils ne tenaient aucun compte de ce rappel aux règlements, ils s'exposeraient aux pénalités édictées par la loi du 29 juillet 1845.

Recevez, etc.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

TIRARD.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A la Salpêtrière.

DE L'ÉTAT MENTAL DANS LES DIVERS DEGRÉS DE L'ALCOOLISME

(suite et fin)

Alcoolisme subaigu.— Cet état est encore trop peu connu et il est bon d'y insister. Un homme ne se grise pas; mais chaque jour il s'alcoolise d'une certaine façon. Il fait un usage abondant, immodéré de liquide alcoolique. Il élimine bien, mais il recommence. Sa grande force de résistance à l'alcool fait qu'il s'en imprègne et s'en imbibe lentement. Cet homme pourra devenir tout-à-coup alcoolique furieux et tout le monde lui décernera un brevet de sobriété. On ne croira pas le médecin qui le déclarera alcoolique et cependant cet homme est alcoolique. Un beau jour il va tuer sa femme et personne ne l'aura jamais vu ivre. C'est que personne ne connaissait son intempérance; aussi personne n'y voudra croire.

Ce fait est plus fréquent qu'on ne pense. C'est de l'alcoolisme à froid. On dira : c'est de la folie transitoire, c'est un accès de fièvre chaude, etc.

Demandez : Quelle quantité d'alcool ingère-t-il ? Tout est là ! Additionnez et vous trouverez une dose énorme. Sous l'influence d'une cause quelconque, un accès survient, un crime est commis et voilà une difficulté médico-légale très-grave.

En septembre 1879, Billiet garçon boucher, âgé de 29 ans, a été examiné par M. Brouardel et par moi.

Il avait été boucher dans la Somme. En possession d'une certaine aisance il était venu tenter la fortune à Paris. Il était marié et son ménage était parfait. Il n'avait pas d'enfant. Sa femme un peu jalouse, le retenait à la maison en lui achetant des liqueurs et en jouant aux cartes avec lui. Ils s'alcoolisaient ainsi l'un l'autre.

Cet homme n'a jamais été vu ivre nulle part. Au régiment on n'avait jamais soupçonné le plus léger excès.

Un matin, le 12 mai 1879, sa femme lui dit : Il faut te lever et aller à l'abattoir. Il n'avait pas dormi et il avait vu, ce qui lui arrivait souvent, courir des rats, des souris, des insectes, etc. Il ne travaillait pas depuis plusieurs jours. Une dispute éclate.

Billet exaspéré et hors de lui, se jette au bas de son lit, saisit son couperet et tue sa femme en quatre coups. Il s'habille, descend dans la rue et déclare qu'il vient de tuer sa femme.

M. Brouardel décrit les blessures avec soin et on me confie l'examen de l'état mental.

Je l'examine nuitamment à Mazas et je reconnais un alcoolique d'une variété peu soupçonnée. C'est un homme qui s'est alcoolisé à froid et un beau jour le feu a pris.

Il fais un rapport concluant à une responsabilité amoindrie et je vais le soutenir à la cour d'assises.

C'était très-difficile de faire accepter mon diagnostic, je l'ai fait; M. Brouardel s'en était rapporté à moi. Mais j'ai trop bien réussi. Un verdict de non culpabilité s'en est suivi. Par un

omission inattendue de la part de la justice, on avait oublié de requérir certain article de loi, et l'individu fut mis en liberté au lieu d'être envoyé à la sûreté de Bicêtre.

Qu'est-il devenu?

Nous n'avions pas soupçonné qu'on irait jusqu'à exclure toute responsabilité.

Res judicata pro veritate habetur.

La forme subaiguë de la folie alcoolique est caractérisée par un délire mélancolique accompagné d'hallucinations terrifiantes et d'idées de persécution.

Le malade est en proie à des terreurs et à des angoisses profondes auxquelles il ne peut se soustraire. Il est déprimé, accablé, mélancolique, il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il entend des coups, des sifflements, le couperet de la guillotine, des bruits épouvantables. Il dit qu'on vient de se quereller, qu'on se bat à côté de lui. Je ne les vois pas, mais je les entends, dit-il. Il entend les soufflets, les coups, le poignard qui entre dans les chairs : il se met à genoux, invoquant les saints du paradis, etc. On le poursuit, on le menace, on vient le chercher pour le guillotiner ; il voit le peloton d'exécution.

Pour se soustraire à ces hallucinations terrifiantes, il arrive quelquefois qu'il se suicide.

Ce malade éprouve différents troubles de la sensibilité générale. Il ressent des picotements, des démangeaisons, des fourmillements. Il éprouve des douleurs musculaires, des sensations de brûlure, de morsure.

Pour dépeindre son état, ses impressions, il emploie une richesse surprenante d'expressions, il a à son usage des synonymes variés. Il a de l'hypéresthésie cutanée. Il est poursuivi ; il est en butte à tous les mauvais procédés. Il se plaint de choses qui vont arriver, tandis que le vrai persécuté se plaint du passé.

L'alcoolique subaigu, halluciné de la vue et de l'ouïe, se plaint de ce qui le menace, on va lui faire ceci, cela...

Le persécuté est un condamné qui maudit ses juges. Il voit des scènes d'inondation, de carnage, et il manque quelquefois d'expressions pour décrire tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend ; ce sont les cadavres qui sortent du cimetière, qui se battent, etc.

Le persécuté a un délire permanent fixe. L'alcoolisé subaigu a un délire mobile. Il est d'abord poursuivi par un assassin, puis par un gendarme. Son délire varie, mais l'effroi et la terreur dominent.

L'alcoolisé subaigu est un homme dangereux qui commet des actes répréhensibles et dommageables. Il peut mettre fin à son état par le suicide, mais il frappe aussi autrui sous l'influence de ses hallucinations.

Deux ouvriers dînent ensemble, puis jouent. Bientôt ils se disputent pour savoir qui paiera et finalement l'un tue l'autre.

L'alcoolisé subaigu ne frappe pas de cette façon, il frappe parce qu'une voix lui a désigné un tel.

En 1878 a été renvoyé devant la cour d'assises Grimald, chiffonnier. C'était un malheureux alcoolisé subaigu qui vivait avec sa femme et un de ses amis. Ils vivaient à trois. La femme vient mourir à la Charité et son corps est transporté au cimetière d'Ivry. Le chiffonnier continue de rester avec son ami.

Un jour, il va au cimetière après avoir bu trois litres de vin. Il entend sa femme lui dire : Si je suis là, c'est un tel qui en est cause, venge-moi. Effrayé, il revient à Paris, cherche son ami, le trouve et le tue.

Interrogé pourquoi il a commis ce crime, c'est ma femme qui m'a dit : Venge-moi, répond-il.

Un mois après il allait très-bien. Il en était de même au moment de passer en cour d'assises.

Je n'ai pas été commis. Le médecin expert conclut à une responsabilité atténuée. La veille du jugement l'avocat m'apporta le dossier, j'écrivis une lettre où je disais : C'est le plus beau cas d'alcoolisme subaigu, c'est un cas type.

Ma lettre est lue à l'audience et l'individu est condamné à perpétuité.

C'est affreux. Mais quand une erreur judiciaire a eu un médecin pour collaborateur, c'est encore plus affreux.

Ce médecin ne connaissait pas cet état particulier de l'alcoolisme, car il est noyé dans la lypémanie et autres états mal définis.

La voix commande, l'autre obéit. Faites de moi ce que vous voudrez, dit-il ensuite.

IV *Alcoolisme chronique.* L'alcoolisé chronique est généralement un homme de trente-cinq à cinquante ans. Il éprouve des fourmillements, des crampes dans le mollet. Méfiez-vous de ces signes, ils indiquent une origine alcoolique. Ses forces diminuent, ses jambes ploient, sa sensibilité s'émousse, ainsi que les sensations tactiles. Les pupilles sont dilatées. Il parle d'images confuses, d'objets qui tremblent, il dit que les caractères du journal dansent, vacillent, il voit de petits animaux qui courent dans sa chambre. L'alcoolisé chronique ne les voit pas d'une façon permanente, mais le jour où il commet un nouvel excès, il aperçoit des objets qui grandissent, qui se rapetissent, il entend des bruits inquiétants, indistincts, confus.

Il ne peut pas dormir, il a de l'angoisse, de l'anxiété. Ses sensations auditives sont également confuses; il a des rêves pénibles, des cauchemars, il a peur, aussi a-t-il toujours une bougie allumée ou une veilleuse. Il craint les apparitions. Je ne puis dormir qu'avec la lumière, dit-il. Il éprouve des étourdissements et des sentiments de défaillance syncopale. Ces défaillances syncopales sont caractéristiques de cet état; elles se présentent ordinairement sous la forme suivante. Le malade assis sur un banc se sent s'en aller, il va s'évanouir, mais il ne le fait jamais. Cet état dure dix à douze minutes, il pâlit, il a commencé à s'évanouir, il s'essuie le front. Il a déjà éprouvé cela, dit-il au médecin qui s'approche. Cette défaillance est d'origine alcoolique, et il n'y a pas, comme on le croit souvent, danger d'apoplexie.

Il est, en outre, sujet a des convulsions épileptiformes, à des accidents convulsifs. Il présente des anesthésies partielles, localisées par places comme des points hystériques, ses digestions se troublent, il ne mange presque plus.

A cette période il est difficile de le secourir; je crois qu'il faut lui donner un peu de vin: le régime lacté et les débilitants l'affaibliraient encore. Un tiers de litre de vin de Bordeaux par jour le fait revivre. Mais son état de souffrance le conduit insensiblement aux idées d'empoisonnement, au refus des aliments et finalement il tombe dans la démence.

V. *Dipsomanie.* L'ivrogne boit toutes les fois qu'il en trouve l'occasion, le dipsomane boit à son heure, quand son accès le prend. C'est un délirant partiel qui subit de temps en temps un entraînement maladif paroxystique. Ces accès ont lieu par bonds, par périodes de deux à quinze jours. On prétend qu'il y en a de plusieurs mois.

Le dipsomane a une tolérance particulière. En un seul jour, il commet de tels excès qu'on ne peut guère les comprendre; il s'établit chez lui une résistance incroyable à l'alcool (1) dont il absorbe des quantités effrayantes.

L'ivrogne est passionné, le dipsomane a des impulsions morbides, il dépense tout son argent, s'endette, se plait dans le milieu le plus crapuleux, quelle que soit sa condition; il est réduit à un état d'abaissement honteux.

Mais la saturation arrive, il a fait des dépenses effroyables; il ne boit plus, ne mange plus, il rentre chez lui, se couche et ne dit rien, pendant deux ou trois jours. Mais tout le temps qu'il a été dans un état de crise il a rôdé un peu partout, il a vécu on ne sait comment, mais il n'a rendu ni sa femme ni ses enfants témoins de ses désordres.

En voilà pour six mois, un an, deux ans.

Plus tard les crises se rapprochent, mais les accidents ne tendent pas à devenir permanents, car c'est une maladie essentiellement intermittente.

(1) L'éther sulfurique peut produire les mêmes effets. Voir dans l'*étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés*, page 418, la curieuse observation du baron Paul de..... qui avait la dipsomanie de ce liquide.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Projet de règlements de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, du Concours médical.

Art. premier. — Par convention spéciale avec la *Compagnie d'assurances sur la vie, la New-York*, tout membre du *Concours médical*, qui contracte assurance à cette compagnie, procure un versement à la *Caisse de prévoyance*. Ce versement est de quotité variable: 1° selon qu'il est conclu au *Bureau de Paris*, ou par l'intermédiaire d'un agent de la compagnie; 2° selon le mode d'assurance (vie entière, prime temporaire, accumulation, rente viagère, etc.).

Art. 2. — Ces versements et leurs intérêts accumulés forment la *Caisse de prévoyance*.

Art. 3. — La *Caisse de prévoyance* a pour *fonction* de verser dans des conditions déterminées, les primes que les assurés seraient accidentellement empêchés de payer de leurs deniers. Elle évite ainsi un dommage qui résulte toujours pour un assuré, de sa gêne momentanée.

Art. 4. — Pendant les premières années de son *Contrat d'assurance*, aucun assuré n'a le *droit* de recourir à la caisse de prévoyance. Durant cette période les administrateurs de la caisse *peuvent* accorder une subvention totale ou partielle dans des circonstances qu'il leur appartient d'apprécier.

Art. 5 — Dès la cinquième année révolue, tout assuré qui réclame le versement de sa prime par la *caisse de prévoyance*, transfère sa *police* à celle-ci. Ce transfert devient le gage du prêt. En aucune circonstance la caisse ne peut éprouver aucune perte du chef de ce prêt. La police est restituée à l'emprunteur, dès qu'il a restitué capital et intérêts des avances à lui faites.

Art. 6. — La durée des versements consécutifs de la prime annuelle de l'un des assurés, ne peut en droit excéder trois années. — Les administrateurs ont la faculté de prolonger cette durée.

Art. 7. — Dans le cas où, au bout de ces trois versements, l'assuré déclare ne pouvoir reprendre lui-même le solde de ses primes, la *caisse* fait les démarches nécessaires pour la résiliation de la police, où elle continue, si ses ressources le lui permettent, les versements pour son propre compte et en cas de *décès* de l'assuré ou de l'expiration du *contrat*, elle tient compte aux héritiers, ou à l'assuré des résultats de l'assurance dans les proportions des versements respectifs. *Dans ce dernier cas les intérêts de l'assuré ont été protégés tout comme s'il avait pu et voulu tenir les engagements du contrat primitif dans leur intégrité. On lui en assure ainsi les légitimes avantages.*

Art. 8. La *Caisse de prévoyance* n'est tenue à ces engagements que jusqu'à épuisement de ses ressources. — Ses fonds ne peuvent avoir aucune autre affectation que celle ci-dessus indiquée.

Art. 9. — *La Caisse* est administrée par *trois médecins membres du Concours médical, assurés sur la vie*, désignés par l'assemblée générale, et présidés par le *Directeur du Concours médical*.

Art. 10. — Les fonds de la *Caisse de prévoyance* sont déposés dans un établissement public, sous la forme de valeurs telles que rente française, obligations du crédit foncier, obligations des grandes lignes de chemins de fer français. Ces placements de fonds et les ventes sont opérés par les soins des *Administrateurs* qui délivrent reçu des versements à la *Caisse* et signent les pièces constatant les sorties de fonds.

Art. 11. — La Caisse de prévoyance constitue l'un des éléments de la *société civile de Concours médical*. L'assemblée générale a seule qualité pour fixer le règlement définitif de la *Caisse de prévoyance*.

Art. 12. — Tout assuré s'interdit tout recours aux *voies judiciaires*. En cas de contestations, celles-ci seront résolues par le *Comité d'administration* du *Concours médical* qui prononcera sans recours.

Art. 13. — En cas d'épuisement des ressources de la Caisse de prévoyance, l'assemblée générale des membres du *Concours médical* a la faculté de lui consentir un prêt sur ses fonds disponibles.

Les articles précédents sont simplement proposés à l'étude des intéressés, notamment de ceux qui ont contracté assurance. Ils seront invités à donner leur assentiment aux articles du règlement définitif.

Les versements faits à ce jour s'élèvent à plus de *deux mille francs* qui constituent en ce moment la dotation de la *Caisse de prévoyance*.

Nos lecteurs voudront bien remarquer que les sommes en possession de la *Caisse de prévoyance* étant exactement en rapport avec les assurances contractées, la valeur des services que peut rendre cette *caisse* est indépendante du nombre des assurés. C'est ce qui en constitue un des caractères les plus pratiques.

Nous ajoutons : nous sommes fondés à croire que nous trouverons aisément la combinaison qui permettra à la caisse de prévoyance de n'employer ses fonds qu'à servir l'intérêt des sommes que lui prêteraient des tiers. Ces sommes paieraient les primes en souffrance. *La puissance d'action de la caisse de prévoyance sera ainsi énormément accrue.*

II

Révision de la législation médicale (7e lettre). (1)

A. LES OFFICIERS DE SANTÉ.

Il est arrivé à la Direction une lettre sur laquelle nous devons insister quelques instants.

Cette lettre est anonyme, elle est signée : *un officier de santé*. Bien que nous nous soyons fait une règle de ne pas tenir compte des correspondances dont l'auteur nous serait inconnu, nous croyons devoir, dans le cas présent, faire une exception pour réfuter un raisonnement qui nous paraît aussi faux que possible.

Nous lisons en effet :

« Je suis très-heureux de recevoir votre estimable journal et de voir avec quelle ardeur vous soutenez les intérêts de la profession médicale.

J'aurais même adhéré au *Concours* si je ne craignais pas de m'associer à une œuvre qui plus tard pourrait se tourner contre moi-même.

Je suis officier de santé... Je vois avec peine toutes les injures et toutes les propositions insensées dont on nous menace, alors que vous devriez plutôt, en confrère généreux, nous prendre sous votre protection. »

Le confrère qui écrit ces lignes connaît le *Concours*, il le dit ; il n'ignore donc pas les déclarations que sans cesse nous faisons dans le journal ; il sait le soin que nous prenons d'affirmer la neutralité absolue de l'œuvre — et il prétend craindre qu'un jour cette œuvre ne se tourne contre lui !

Réfuter une semblable crainte peut paraître chose oiseuse à ceux qui nous connaissent : nous n'hésitons pourtant pas à le faire, persuadé qu'il ne faut pas abandonner une idée tant qu'elle peut être contestée.

Pour enfoncer un clou, il ne faut pas ménager les coups de marteau !

Disons donc encore une fois ce qu'est le *Concours*, quel est son but, quel est son caractère.

On ne nous contestera pas cette prémisse que tout n'est pas au mieux pour nous, médecins, dans le meilleur des mondes, et que, sans nous abandonner à l'utopie, nous pouvons réclamer une situation meilleure.

On voudra bien encore convenir avec nous que cette situation meilleure ne nous viendra pas toute seule et que nous, intéressés à la chose, nous devons travailler à l'amener.

Or, l'instrument des revendications du corps médical, nous l'avons créé, c'est le *Concours médical*, journal dont le caractère propre est assez distinct pour que nous n'ayons pas besoin d'insister.

Le *Concours*, c'est l'organe de tous : il n'a ni théories ni tendances arrêtées, il sollicite la collaboration du plus humble praticien comme celle du médecin le plus réputé, il accueille toutes les communications, pourvu qu'elles soient sérieuses, et ne leur demande pas si elles sont ou non conformes à telle ou telle idée préconçue.

Notre correspondant *qui connaît le Concours* doit savoir tout cela ; comment peut-il nous faire un procès de tendances ?

Mais entrons dans le détail de la question particulière qu'il vise : Croit-il donc que le *Concours* a, sur la question des deux ordres de médecins, plus que sur les autres, une idée arrêtée ?

Nombre de nos confrères ont été d'avis qu'une législation datant de 1804 pouvait ne plus convenir en 1881, le *Concours* a ouvert cette question de la révision de la législation : il a fait appel à tous et s'est engagé à ne passer sous silence aucune des questions qui seraient soulevées par ses correspondants. — A-t-il tenu son programme ? C'est à nos confrères de répondre.

Les inconvénients inhérents à l'institution de deux ordres de médecins ont été signalés — nous avons inséré. Des confrères ont soulevé des objections à la suppression des officiers de santé, — nous les avons données. Un autre confrère a réclamé la liberté absolue de l'exercice de la médecine — nous avons publié son projet.

Procéder ainsi, c'est, à notre avis, le seul moyen de mettre nos confrères en état de juger sainement la question et de se prononcer en connaissance de cause, lorsque plus tard le *Concours* les invitera à formuler leurs vœux et à les appuyer

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11.

près des condidats aux Assemblées législatives qui solliciteront leur suffrage.

Nous ne voyons pas en quoi le *Concours* peut léser les intérêts de qui que ce soit?

Allons plus loin, admettons que la grande majorité du corps médical réclame la suppression du second ordre de médecins — en quoi le Concours personnellement sera-t-il engagé?

Il aura donné aux sentiments divers le moyen de se faire jour, il aura mis sous les yeux de tous les pièces du procès — il n'aura pas été au delà, et nous ne pensons pas qu'un quelconque de ses adhérents soit en droit de l'incriminer.

Par l'organe de sa commission spéciale, il insiste sur les arguments qui paraissent fondés, provoquant ainsi les réponses; il met en lumière les points contestés, fournit les documents utiles, montre ce que les diverses propositions peuvent avoir de trop absolu. — En quoi, encore une fois, peut-il léser un intérêt particulier?

Notre correspondant, nous le craignons, s'est trompé s'il a cru connaître le *Concours médical*: qu'il relise, puisqu'il les a reçus, les numéros du journal — il aura peine à y trouver les injures et les propositions insensées auxquelles il a fait allusion, et ne rencontrera pas plus facilement ce plan de réformes tout prêt qu'il craint de voir imposer quelque jour!

Qu'il suive l'œuvre que nous poursuivons, il ne tardera pas à se rassurer et à réclamer sa place parmi ceux qui combattent le bon combat, car il se convaincra bientôt que nous ne cherchons que le bien commun, sans intérêt personnel comme sans arrière pensée.

***

B. Médecine et Pharmacie

Nous sommes aux digressions:

Pourquoi, nous a-t-on dit, vous occuper de la pharmacie? Le champ propre au médecin ne peut-il vous suffire et avez-vous besoin de réformer des affaires qui ne sont pas les vôtres?

Nous ne recherchons certes pas entre médecins et pharmaciens une discussion vraisemblablement stérile, nous songeons encore moins à attaquer le corps pharmaceutique que nous respectons — mais nous pensons que le médecin à voix au chapitre quand il s'agit de la pharmacie, qu'il a le droit de réclamer la présence, sous sa main, des armes qu'il emploiera dans sa lutte contre la maladie et d'exiger que ces armes soient à sa convenance. En d'autres termes nous croyons l'exercice de la pharmacie tellement lié à celui de la médecine qu'il nous semble impossible qu'on puisse utilement les réformer séparément.

Nous n'innovons rien d'ailleurs et le législateur a si bien compris cette connexité des deux professions que, dans les diverses propositions qu'il a faites, il a toujours dit: *Révision des lois qui régissent la médecine et la pharmacie.*

Revenons donc au projet proposé par le *Petit Moniteur de la Pharmacie.*

Ce projet se résume en quelques lignes:

« Chaque député fera de son mieux pour que chacun de ses électeurs puisse profiter, en cas de maladie des avantages, que procure le voisinage d'une pharmacie bien approvisionnée. S'il croit utile la création de nouvelles officines, permettra-t-il que l'on restreigne le champ de la vente réservée au pharmacien? Non certes, et *il interdira aux médecins*, aux vétérinaires et à tous autres de vendre aucun médicament, pour faire profiter le plus grand nombre des services que le pharmacien rend aux populations. »

Et plus loin:

« Ce qui doit être l'objectif de la loi, *ce n'est ni la liberté commerciale*, ni l'intérêt particulier du médecin, c'est la santé publique en général. »

D'où, comme conséquence, monopole et privilège exclusif en faveur des pharmaciens de vendre les médicaments, c'est-à-dire: « *tous les produits simples ou composés, préparés, ordonnés, annoncés ou vendus dans le but d'apporter du soulagement à une maladie, qu'ils soient destinés à l'usage interne ou à l'usage externe.* »

Et, pour soutenir ce privilége, établissement dans chaque département d'un conseil de discipline et d'une chambre des pharmaciens.

Plus d'herboristes! plus de droguistes délivrant les produits à des personnes autres que les pharmaciens! Plus de médecins autorisées à délivrer des médicaments:

« Dans toutes les communes où il n'existe pas d'officine ouverte, les municipalités sont autorisées à faire établir une boîte contenant certains médicaments, les plus urgents, dont la liste sera arrêtée et publiée en tête de la prochaine édition du Codex. Cette boîte sera fermée à clef, et le médecin seul aura le droit d'y puiser, dans un cas urgent, le médicament qu'il croira utile d'appliquer sans retard. Cette fourniture sera faite gratuitement au malade et le pharmacien le plus voisin sera chargé de surveiller le bon entretien de ces boîtes de secours. La commune lui soldera le montant de ses fournitures d'après un tarif publié par M. le ministre du commerce. L'application de ce tarif est confié aux chambres disciplinaires.

« Le but que se proposait la loi en autorisant le médecin à fournir les médicaments à ses malades lorsqu'ils étaient trop éloignés du domicile du pharmacien, ne se trouve-t-il pas mieux rempli au moyen de ces boîtes de secours? »

D'autre part, liberté absolue pour le pharmacien d'exercer sa profession comme il l'entend:

« Dans ce projet de loi, se trouve inscrite en fait la liberté du pharmacien d'exercer sa profession, sans autres garanties que celle de son honorabilité professionnelle et des droits conférés par le diplôme. Cette liberté est-elle plus subversive pour les droits de la société que la liberte de la boulangerie, celle de la boucherie et d'autres libertés dont profite aujourd'hui le plus grand nombre? »

Eh bien! nous le demandons, quand on nous menace d'un semblable projet, ne sommes-nous pas en droit de nous occuper de la question et d'exposer, nous aussi, notre manière de voir.

Nous voulons discuter sérieusement et nous ne rechercherons pas si *certain projet destiné au Grand Duché de Gérolstein* n'est pas plus voisin du projet que les pharmaciens rêvent pour la France que de celui qu'ils veulent combattre. Or, nous regardons comme inadmissibles ces dépôts de médicaments urgents qui ont fait un certain bruit depuis quelque temps et que les communes d'ailleurs peuvent ne pas accepter.

Qui composera ces dépôts ? Seront-ils d'un modèle uniforme ? Nous serons donc réduits à une thérapeutique officielle ?

Qui en aura la garde ? Et le gardien saura-t-il toujours résister aux sollicitations de ceux qui viendront lui demander telle ou telle substance ?

Qui fournira leur contenance ? — Le pharmacien le plus voisin ? Mais s'il est mal approvisionné, s'il ne veut pas avoir telle ou telle marque préférée du médecin ?

C'est, en effet, la question des spécialités pharmaceutiques qui se présente comme le plus grand obstacle au projet que nous critiquons. Les spécialités ont tué la pharmacie. Elle ne s'en relèvera pas, car il s'agit ici de la liberté commerciale, et on ne lutte pas impunément contre le grand courant de la liberté.

Celui qui prépare un produit a le droit incontestable de le marquer de son nom. — C'est au médecin de savoir choisir les bonnes marques et de répudier les autres. — Or, il est, nous le savons tous, des imitations, des falsifications mêmes que le pharmacien trouve avantage à vendre et auxquelles il ne renoncera pas.

Bien plus, il existe des méthodes thérapeutiques spéciales et réclamant des médicaments particuliers : où les homœpathes prendront-ils leurs remèdes ? Et les dosimétristes ? Ils ont besoin de recourir à une marque dont ils soient sûrs, quelle qu'elle soit... la leur fournira-t-on ?

Nous nous arrêtons, car c'est le procès de la petite officine elle-même que nous faisons en ce moment, et ce procès comporte des développements hors de proportion avec l'espace dont nous pourrions disposer.

Le médecin doit avoir le choix des armes qu'il emploie : il préfère tel médicament comme il préfère tel instrument plus à sa main.

Personne ne peut contester son choix ni ses préférences.

Or, s'il est un cas où ce choix ait une importance capitale, c'est lorsqu'il s'agit des *médicaments urgents*. — *Nous réclamons pour tout médecin le droit de fournir ces médicaments.*

Dr A. Gassot, *de Chevilly* (*Loiret*).

IV

La loi Roussel. Surveillance des enfants en nourrice.

La loi du 23 décembre porte :

Art. 12 — Un règlement d'administration publique déterminera l'organisation de l'inspection médicale, les attributions et les devoirs des médecins-inspecteurs, le traitement de ces inspecteurs, etc.

Art. 15. — Les dépenses auxquelles l'exécution de la présente loi donnera lieu sont mises, par moitié, à la charge de l'État et des départements intéressés.

Le règlement d'administration publique du 27 février 1877 dispose :

Article premier. — La surveillance instituée par la loi du 23 décembre 1874 en faveur des enfants au dessous de deux ans placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents, est exercée, sous l'autorité du Préfet assisté du comité départemental, par des commissions locales, par les maires, par des médecins-inspecteurs et par l'inspecteur des enfants assistés du département.

Art. 9. — Des médecins-inspecteurs sont chargés de visiter les enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde dans leur circonscription.

Art. 10. — Le médecin-inspecteur doit se transporter au domicile de la nourrice, sevreuse ou gardeuse pour y voir l'enfant, dans la huitaine du jour où il est prévenu par le maire de l'arrivée de l'enfant dans la commune. Il doit ensuite visiter l'enfant au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Art. 15. — Les médecins-inspecteurs reçoivent, à titres d'honoraires, des émoluments qui sont fixés par le ministre, sur la proposition du Préfet après avis du Conseil général.

L'intention des auteurs du projet de loi, la volonté formelle des députés qui ont voté cette loi apparaissent très-clairement à la lecture des articles que je viens de reproduire. Remplaçant le mot indemnité, qui jusqu'ici a toujours été employé quand l'autorité a, par hasard, songé que nul n'a le droit d'imposer au médecin des sacrifices pécuniaires en faveur de la société, les législateurs édictent qu'un traitement sera alloué aux médecins-inspecteurs, que ce traitement sera payé moitié par l'Etat, moitié par les départements. Dans le but d'accentuer les prescriptions de la lo et d'établir le traitement des inspecteurs sur des bases identiques, le règlement d'administration publique déclare que les médecins inspecteurs reçoivent, à titre d'honoraires des émoluments qui sont fixés par le ministre, sur la proposition du préfet après avis du conseil général.

Quatre années se sont écoulées depuis la promulgation du règlement. Voyons donc un peu ce qu'est devenue, entre les mains des conseils généraux et de l'autorité préfectorale, sous la haute impulsion du ministre, la question des émoluments ou honoraires.

Dans le rapport présenté en 1880 par M. Théophile Roussel, sénateur, à M. le ministre de l'Intérieur, nous voyons que trente-quatre départements ont organisé le service d'inspection médicale et que le chiffre émolumentaire varie de zéro (Allier) à 15 fr. par enfant (Nord), en passant par 3 fr. (Basses Alpes), 5 fr. pour quelques-uns, 8, 10 et 12 francs pour la majorité.

Nous avons le droit de revendiquer un *émolument honorable*, et pour cela, je crois qu'il est indispensable que, dans chaque département, il se trouve au moins un confrère qui, suivant l'exemple qui nous vient des Vosges, rende compte de la façon dont le service a été organisé, au point de vue des honoraires, et veuille bien m'adresser ce petit travail. C'est ainsi que je serai mis à même, par la collaboration de tous, de faire un travail d'ensemble présentant un intérêt et une autorité incontestables.

Mon correspondant des Vosges est le plus fortuné des médecins-inspecteurs, ce que je vais prouver en publiant le petit tableau qu'il m'a adressé, et il mérite cette félicité, car les sentiments confraternels, exprimés par lui dans la lettre qu'on va lire, le placent en haut rang dans l'estime des membres du *Concours Médical.*

Vrcourt, 24 janvier 1881.

Monsieur le directeur,

Je vous ai promis de vous exposer l'organisation du service d'inspection des enfants du premier âge dans

DÉPARTEMENT
DES VOSGES

ARRONDISSEMENT
de Neufchâteau.

CANTON
de Bulgnéville

3e CIRCONSCRIPTION

ASSISTANCE PUBLIQUE

PROTECTION DES ENFANTS DU 1ER AGE

MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR GUÉDENEY

Médecin-Inspecteur à Vrécourt *(Vosges)*

Inspection Médicale

Honoraires des Médecins Inspecteurs

2me Semestre 1881.

Timbre

NOMS DES ENFANTS PROTÉGÉS (les classer suivant l'ordre des communes où ils so trouvent).	NAISSANCE		NOMS, PROFESSION ET ADRESSE des NOURRICES, SEVREUSES OU GARDEUSES	DISTANCE EN KILOMÈTRES de la résidence du Médecin-Inspecteur à celles des nourrices	NOMBRE et DATES DES VISITES Médecin-Inspecteur	PRIX auquel le Médecin-Insp. borne, par visites,		SOMMES DUES	OBSERVATIONS
	LIEU	DATE				ses HONORAIRES	son INDEMNITÉ de déplac. aller et retour compris	fr. c.	
PERDERIZET JULIE	Crainvilliers *(Vosges)*	4 juin 1880	Mlle JULIE SAVARIN brodeuse à Crainvilliers	14 kil.	4 juillet 7 a ût 11 septembre 2 octobre 6 novembre 10 décembre	1 fr. 50	1 fr. par kilometre jusqu'a 6 kilom. inclusiv. et 0,50 par kilom. et fraction de kilom au-delà de 6 kil. (le double la nuit)	69 »	
GAUDEL JEANNE	Paris	12 août 1878	Mme BERTRAND à Sauville	3 kil.	15 juillet 6 août	Id.		9 »	
MARCHAND MARIE	Paris	1er juin 1879	Mme RIEUX à Vrécourt	Néant	1er juillet 15 a ût 20 septembre 4 octobre 7 novembre 14 decembre	Id.		9 »	

Certifié exact le présent mémoire montant à la somme de
par le Médecin-Inspecteur soussigné.

A. , 188 .

le département des Vosges, ou plutôt la façon dont les médecins-inspecteurs sont rétribués. Pour fixer nos honoraires (nous les avons fixés nous-mêmes) nous nous sommes servis des mêmes bases que pour nos visites et voyages ordinaires. Je n'ai pas aujourd'hui à vous en parler; car je vous ai envoyé les statuts et le tarif d'honoraires de notre société (société médicale de l'arrondissement de Neufchâteau), et vous y trouverez tous les détails nécessaires.

Ce tarif d'honoraires nous a donc servi pour le service d'inspection des enfants ; tous les semestres, nous recevons de la préfecture des imprimés semblables au modèle ci-joint, nous les remplissons, les renvoyons et quelque temps après nous recevons un mandat de la somme qui nous est due.

Comme vous le voyez, le service nous est assez bien payé. Pourquoi nos confrères de la Seine-Inférieure ne font-ils pas comme nous ? Qu'ils s'entendent, qu'ils s'organisent en société, et posent leurs conditions au lieu d'accepter celles qui leur sont offertes. Grâce aux liens de solidarité qui doivent tous nous unir, grâce aux efforts et à la favorable influence du *Concours médical*, tous les médecins peuvent et doivent lutter de concert pour leurs intérêts, et laisser de côté toute espèce de concurrence et de jalousie malsaine : c'est ainsi que nous serons forts et en mesure de dicter des conditions équitables au lieu d'en subir qui ne le sont pas. Toutes les administrations possibles reconnaissent le dévouement et les services rendus par le corps médical et sont toujours prêtes à faire appel à ce dévouement inépuisable; mais quand le médecin parle enfin de rétribution, rétribution bien légitime, on lui répond par des fins de non-recevoir. Le dévouement est une belle chose; mais il ne faut pas cependant en abuser; car la vie est là, avec ses exigences, pour le médecin comme pour tout autre.

Agréez, Dr GUEDENEY.

(*Voir le tableau, page 153*)

N'est-ce pas un coin d'azur dans un ciel gris?
Dr BIBARD, à Pontoise. *(à suivre)*.

P. S. Dr F., n° 389. Le tribunal de Melun a transcrit textuellement la loi en jugeant que le médecin-inspecteur avait seul le droit de délivrer des certificats de nourrice dans le canton qu'il habite. (Art. 25 et 29 du règlement d'administration publique).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les taches bleues et leur production artificielle.

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos confrères sur la communication suivante que M. le Dr Duguet a faite à la *Société médicale des hôpitaux* et que nous trouvons reproduite dans le *Journal des connaissances médicales*.

« Les taches bleues, taches ombrées ou ardoisées, dont je n'ai pas besoin de rappeler les caractères cliniques, ont été, depuis les premières descriptions de Piédagnel, de Forget et de Davasse, l'objet d'un certain nombre de travaux et de recherches qui ne sont point sans importance. Si l'on est toujours resté jusqu'ici dans l'incertitude absolue touchant le mécanisme de leur production, on n'a pas moins cherché à fixer leur signification au point de vue du diagnostic et leur valeur au point de vue du pronostic.

« L'apparition de ces taches était regardée presque unanimement comme étant l'indice d'une affection de peu de gravité. On les avait rencontrées dans la fièvre typhoïde, la syncope, les fièvres intermittentes, etc.

« On en était là, quand parut dans les Annales de dermatologie le mémoire de M. J. Mourson, chirurgien de marine, intitulé : Nouvelles recherches sur les taches ombrées.

« Dans ce mémoire très intéressant, M. Mourson nous fait connaître, après neuf années d'observations et d'études, sur plus de 250 cas de taches ombrées, comment il en est arrivé à conclure que, chaque fois qu'il a constaté des taches ombrées, il a toujours en même temps, sur les mêmes sujets, trouvé des poux du pubis et cela sous toutes les latitudes, non-seulement chez des malades atteints de fièvre typhoïde, mais encore chez des malades présentant les affections les plus diverses, telles que : synoques, fièvres bilieuses, embarras gastriques, fièvres jaunes, pleurésies, pneumonies, diarrhées, dysenteries de Cochinchine; dans des cas de blessures et de maladies vénériennes ou même chez des hommes bien portants. M. Mourson ajoute qu'inversement il a vu, dans la *plupart* des cas, mais *non dans tous*, à un moment donné, en les observant pendant une vingtaine de jours, les taches dites ombrées apparaître chez les sujets atteints de poux du pubis. Il y aurait donc des sujets réfractaires à l'action de l'animal. M. Mourson admet une relation complète, absolue entre les poux du pubis et la présence des taches bleues.

« Quant à moi, je partage absolument ses idées, et je crois pouvoir apporter à leur appui une preuve nouvelle à laquelle, j'en suis surpris, M. Mourson ne paraît pas avoir songé.

« J'observai de mon côté un certain nombre de faits analogues. Frappé de cette coïncidence constante, j'eus la pensée que le phthirius devait introduire dans le derme quelque chose de comparable à un venin, et que, si je parvenais à introduire moi-même ce venin, je produirais les taches bleues à volonté, à moins de tomber sur des sujets réfractaires.

« L'idée me vint, idée bizarre, j'en conviens, de tenter l'inoculation ou mieux l'insertion de cette substance, de ce venin sous l'épiderme à la manière du vaccin; mais comment me procurer ce venin? Ayant recueilli vingt-cinq poux du pubis, je les broyai, je les pilai, j'en fis une pâtée que j'étendis de deux gouttes d'eau pour la rendre moins sèche et j'en chargeai une lancette. Je fis successivement sept piqûres sur la région thoracique d'un de mes malades.

« Le lendemain nous pûmes voir en ces points sept taches bleues magnifiques, circulaires, larges de 1 centimètre et demi environ, légèrement déprimées, offrant les caractères classiques, sauf la piqûre grossière.

« Un grand nombre d'expériences répétées dans des conditions diverses ont reproduit les mêmes résultats. Certains individus paraissent réfractaires. Quelle est la nature de ces taches ? Ici le champ reste libre pour toutes les hypothèses. Toujours est-il que lorsqu'on examine avec soin

le ventre de tous les malades, on arrive aux conclusions suivantes, à savoir :

1° Que les taches se rencontrent dans un grand nombre de maladies absolument disparates; qu'on les retrouve également chez l'homme sain; par conséquent qu'elles n'ont aucun rapport, aucun lien qui les rattache directement à certaines maladies ;

2° Qu'elles tiennent uniquement à la présence, au passage, à l'action du *phthirius inguinalis ;*

3° Qu'elles n'ont plus aucune signification au point de vue du diagnostic; qu'elles n'ont pas de valeur plus grande au point de vue du pronostic; qu'elles n'ont plus, en un mot, si je ne m'abuse, aucune signification clinique ;

4° Qu'enfin, si elles signifient encore quelque chose, leur signification est désormais singulièrement restreinte et comparable à celle de l'urticaire des processionnaires, de la piqûre du moustique ou de la puce, de la vésicule et du sillon du sarcopte de la gale, du collier pédiculaire dans la phthiriase, en un mot elles sont à l'avenir exclusivement du ressort des dermatologistes.»

A l'appui de ces conclusions, nous ajouterons que nous avons vu dernièrement M. le professeur Fournier, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, diagnostiquer la présence du phthirius inguinalis sur une malade atteinte de syphilis par la simple constatation de taches ardoisées à la face interne des cuisses : il nous fut facile de vérifier le diagnostic. Néanmoins, nous ne croyons pas que le parasite produise, dans tous les cas, ces taches bleues, mais seulement dans certaines circonstances où la peau présente un état particulier : c'est ainsi qu'il nous semble qu'un certain degré de fièvre est favorable à la production de ce phénomène remarquable.

* * *

De la résorcine

M. Dujardin-Beaumetz a rendu compte à *la Société médicale des hôpitaux* des recherches qu'il entreprises dans son service sur un produit qui est en ce moment beaucoup employé en Allemagne, la résorcine. La résorcine est un oxyphénol que l'on retirait autrefois de certaines racines, comme le galbanum, le sagapénum, l'asa-fœtida; on l'obtient aujourd'hui, par voie de synthèse, en faisant agir la potasse sur l'acide chlorophényl-sulfureux.

La résorcine dont se sert M. Dujardin-Beaumetz est cristallisée, blanche, et ne présente aucune odeur; elle est soluble presque en toute proportion dans l'eau, et ses solutions prennent une coloration brunâtre. Ces solutions sont de puissants antifermentescibles. Appliquées sur la peau, elles ont une action modificatrice et caustique, et peuvent être employées aux mêmes usages que l'acide phénique, en présentant cet avantage de n'avoir point d'odeur et d'être très solubles. C'est ainsi que M. Dujardin-Beaumetz a traité, avec ces solutions de résorcine, des ulcérations syphilitiques, la diphthérie, les plaies de mauvaise nature et les abcès. Il les a aussi employées dans les lavages de l'estomac, mais à un titre faible (1/2 pour 100), car elles paraissent alors irriter la muqueuse stomacale.

Administrée à l'intérieur, la résorcine s'élimine par les urines, qu'elle colore d'une teinte noirâtre, et on peut contrôler sa présence par l'emploi du perchlorure de fer. A la dose de 2 grammes par jour, cette résorcine est généralement bien supportée, mais elle ne produit dans le traitement de la fièvre typhoïde et du rhumatisme que des résultats peu importants. D'ailleurs, tous les faits dont M. Dujardin-Beaumetz vient d'entretenir la Société seront consignés dans la thèse d'un de ses élèves, M. Hippocrate Callias.

* * *

Elongation des nerfs.

La presse médicale continue à enregistrer des cas de résultats favorables obtenus dans l'ataxie locomotrice par l'élongation des nerfs. Il semble même que cette méthode de traitement puisse s'étendre à d'autres affections du système nerveux : spasmes cloniques du facial traité avec succès par l'élongation de la septième paire par J. Putnam (de Boston) (*Progrès médical*); tétanos traumatique traité par l'élongation du nerf médian par M. Johnson Smith. (*Nouveau Journal médical*). Enfin le *Progrès médical* publie le cas suivant observé dans le service de M. J. Voisin.

Le nommé Mich... est atteint d'épilepsie congénitale. Le 31 décembre 1880, M. Gilette pratique, sur ce malade, l'élongation des nerfs médian et cubital au tiers supérieur du bras. Quoique le peu de temps écoulé depuis l'opération ne permette pas de se prononcer sur le résultat définitif, il est cependant permis de constater, dès aujourd'hui, que l'opération a amené quelque amélioration. Les accès ou absences, qui étaient au nombre d'environ 90 par mois, sont descendus depuis le 1er janvier au chiffre de 18. De plus, ces accès n'ont pas seulement diminué en nombre, ils ont aussi diminué en durée et en intensité, puisque, à l'heure actuelle, la plupart d'entre eux ne sont que des vertiges ou des absences durant à peine deux à trois minutes ou cinq minutes au plus. En outre, l'aura, qui se manifestait par des douleurs dans les membres supérieurs et par un sentiment d'oppression, a complètement disparu, et le malade a beaucoup moins d'hébétude après les accès. Pour ce qui est de l'opération elle-même, les suites en ont été absolument inoffensives: la plaie s'est réunie par première intention, et, pendant une huitaine de jours seulement, le malade a eu un peu d'engourdissement dans la sphère du cubital ; ce phénomène n'a pas tardé à disparaître également.

* * *

Asphyxie des nouveaux-nés.

La Gazette des hôpitaux appelle l'attention sur le fait suivant qui a été communiqué à la *Société de médecine pratique*.

« MM. les Drs Goyard, Delarue et Faurie-Deboysse se trouvaient auprès d'un enfant nouveau-né, en état *d'asphyxie*. Tout ce qui s'emploie en pareil cas, insufflation de bouche à bouche et avec le tube de Ribemont, divers autres procédés de respiration artificielle, flagellation, électrisation, tout avait été employé, *pendant une heure et demie*. M. Goyard se rappela alors un travail antérieur de M. le Dr Gustave Lebon, travail dans lequel l'auteur conseillait, en pareille occurrence, l'immersion dans l'eau à 50°. M. Lebon avait été

amené à faire cette recommandation, à la suite d'expériences sur de jeunes animaux, en état de mort appar nte, qu'il avait ranimés en les plongeant dans un bain à 50°. La même expérience est négative chez les animaux adultes.

« M. Goyard se fit apporter un bassin d'eau à 50o et y plongea l'enfant. Au bout de *trente secondes*, la petite fille fit une inspiration ; au bout de deux minutes, elle respira : elle était sauvée!

« On ne saurait donner trop de publicité à des faits semblables. Le sang des nouveau-nés et des enfants se coagule très-lentement, longtemps après la mort ; le cas de M. Goyard le démontre, ainsi que celui publié, l'année dernière, par le Dr Nicolas. Le Dr Fort l'a prouvé récemment, dans une note à l'Institut, à propos d'une enfant de trois ans, ensevelie à six heures du soir. A neuf heures, M. Fort pratiqua la respiration artificielle et persévéra jusqu'à une heure du matin. A ce moment l'enfant fit une profonde inspiration et appela *maman!* Depuis sept heures elle semblait morte et elle vit aujourd'hui. Il ne faut donc abandonner les asphyxiés, qu'après avoir tenté, pour les ranimer, tout ce qu'il est humainement possible de faire. ».

Il est certain que, dans les cas désespérés, il ne faudrait pas hésiter à essayer un moyen qui a produit un résul at si remarquable. La *Gazette médicale de l'Algérie* avait déjà enregistré un fait analogue (n° du 30 octobre 1880).

*
* *

Un nouveau procédé d'anesthésie.

Sous ce titre, le *Progrès médical* publie l'article suivant :

Les dentistes américains ont décidément la spécialité de découvrir les procédés d'anesthésie. Nous leur devons déjà l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par l'éther, par le chloroforme, par le bromure d'éthyle, etc. ; voici maintenant un nouveau procédé qui permet d'obtenir l'analgésie sans le secours d'aucun agent anesthésique.

Un dentiste de Philadelphie, le Dr Bonwill, fait faire à ses clients, qu'il doit opérer, une série d'inspirations aussi rapides et aussi profondes que possible, pendant environ une minute. Dans ces conditions, on peut arracher les dents les plus solidement enracinées, ouvrir les abcès, cautériser les nerfs, faire enfin toutes les opérations de courte durée les plus douloureuses, sans que le patient accuse la moindre douleur. Il importe que, tant que dure l'opération, le malade continue à respirer de la manière que nous venons d'indiquer, à raison d'au moins cent mouvements respiratoires par minute.

Le Dr Lee (de Philadelphie) a, de son côté, appliqué avec succès ce procédé. Il a pu, chez un jeune homme nerveux, ouvrir un abcès du périnée, sans que le patient manifestât la moindre douleur; il fit une incision longue d'un pouce et qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, qui n'avait rien ressenti, fut tout surpris d'apprendre la fin de l'opération qu'il appréhendait tant. Plus tard, des trajets fistuleux s'étant établis, le Dr Lee coupa avec des ciseaux des brides charnues longues d'un pouce chacune, sans que le malade ressentit encore la moindre douleur.

Ce procédé d'anesthésie semble jouir déjà d'une certaine faveur en Amérique. Le Dr Howson n'aura plus recours qu'à lui dans sa pratique obstétricale. Si, d'autre part, on emploie cette méthode simultanément avec les agents ordinaires de l'anesthésie, il faudra employer une moindre dose d'anesthésique pour obtenir le sommeil et la résolution musculaire.

Ces faits curieux méritaient de fixer l'attention. Tout d'abord, il fallait les contrôler : c'est ce que vient de faire un dentiste de Monaco, M. Ash, et il a pu extraire quinze dents par ce procédé, toujours avec un excellent résultat. Nous rapportons une seule des observations de M. Ash :

« Demoiselle de 20 ans, dents très serrées, gencives enflammées, extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 s condes de respirati ns profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance. La demoiselle, qui était très effrayée et qui avait souffert dans d'autres circonstances, s'écrie : « Mais ce n'est rien du tout! »

Quelle expl cation peut-on donner de ces faits? Le Dr Bonwil pense que, dans ce cas, l'analgésie est due : 1° à la tension d'esprit et à l'effort constant de volonté qu'exigent es mouvements respiratoires forcés; 2° à l'hyperémie qu'amène le retour plus lent du sang au cerveau; 3° à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang.

De toutes ces explications, aucune ne nous semble plausible. Ne doit-on pas plutôt attribuer ces faits à l'accumulation de l'oxygène dans le sang? On sait, en effet, depuis les travaux de M. Paul Bert, que ce gaz, lorsqu'il est inhalé en trop grande proportion, agit sur le système nerveux d'une façon toute spéciale. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens. Dr J. Geoffroy.

PETITE CORRESPONDANCE.

CERTIFICATS.

Monsieur,

Appelé près d'un militaire en congé de convalescence dans ses foyers, pour apprécier sa position et certifier que ce militaire était incapable de rejoindre son corps et d'être transporté à l'hôpital voisin, j'ai parcouru 22 kilomètres, et le pere de ce jeune homme refuse de me payer rejetant sur l'autorité militaire qui m'a requis, le paiement de mes honoraires. Je vous serai obligé de m'eclairer sur le bien fondé de ce refus, etc.

Dr L. de R.

... Si l'autorité militaire vous a requis, vous avez dû recevoir une réquisition écrite, et cette piece en main vous pouvez réclamer vos honoraires. Sinon c'est evidemment le jeune homme ou sa famille qui doit vous indemniser. Les certificats sont toujours payes par ceux qui les demandent, et toujours comptant.

Par suite de l'abondance des matières, nous renvoyons au prochain numéro la fin de Simple Histoire.

Le Directeur-Gérant: A. Cezilly.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2 Avril 1881 — 3me Année. — N° 14

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

On n'a pas oublié les recherches expérimentales entreprises par M. Pasteur à propos de la salive d'un enfant mort de la rage, salive virulente pour les lapins et non pour les cobayes. Ces expériences ayant révélé l'existence d'un microbe nouveau, il restait à savoir s'il existait seulement dans le mucus des enfants ayant succombé à la rage, ou s'il pouvait se rencontrer également chez les enfants morts de maladies communes. *M. Parrot,* qui avait fourni à M. Pasteur les cadavres de trois enfants ayant succombé à des broncho-pneumonies, vient de recevoir de M. Pasteur, à ce sujet, une lettre dont il donne communication à l'Académie. Les lapins inoculés par des salives prises sur les petits cadavres ont offert le même organisme virulent pour les lapins et non les cobayes. Une seule salive de personne adulte, en pleine santé, recueillie à jeun le matin, a offert le même microbe, mais il n'est pas douteux, dit l'auteur, qu'on pourrait le trouver souvent et que cet organisme doit être un de ceux qui habitent les premières voies digestives.

« En conséquence, la nouvelle maladie n'a aucune relation avec la rage.

« On ne peut se défendre d'un sentiment de surprise en apprenant l'existence dans la salive, particulièrement dans la salive des enfants, d'un microbe spécial, dont l'inoculation aux plus petites doses amène si facilement la mort des lapins et même des chiens.

« J'y vois, pour ma part, un symptôme nouveau de grand avenir pour la connaissance étiologique des maladies dont la cause doit être attribuée à la présence et au développement d'organismes microscopiques. »

M. *Péan* donne lecture d'un travail sur « *l'ablation des tumeurs par morcellement* » et dont voici les conclusions :

1° Le *morcellement* est une méthode qui doit être classée parmi celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs ;

2° Il consiste à attaquer ces dernières par leur intérieur et à les diviser du centre à la surface ;

3° Il est basé sur ce principe fondamental que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques ;

4° Il se pratique avec les mêmes instruments que pour les autres méthodes opératoires, bistouri, ciseaux, thermo-cautères, ligateur, pince, scie, etc. ;

5° Il peut être combiné, suivant les indications, avec les méthodes d'ablation ;

6° Il permet de diminuer la longueur des incisions préliminaires ;

7° Il abrège la durée d'un grand nombre d'opérations et diminue considérablement les pertes de sang, surtout quand il est aidé de l'hémostase faite avec les éponges et les pinces hémostatiques.

8° Il permet de mieux voir, au cours de l'opération, les organes qui sont accolés aux tumeurs et de mieux les ménager ;

9° Il est indispensable pour l'ablation des grandes tumeurs qui sont en rapport avec des organes profondément situés et difficiles à ménager ;

10° Son application n'est pas indispensable pour l'ablation de certaines tumeurs; mais, pour un grand nombre d'autres, il donne des résultats supérieurs aux autres méthodes. »

Enfin M. Gaujot (du Val-de-Grâce) lit un mémoire portant sur « *le traitement des corps flottants du genou.* » Suivant l'auteur :

« 1° L'extraction des corps étrangers articulaires peut être pratiquée sans faire courir trop de risques. Néanmoins elle ne doit être tentée que lorsqu'elle est justifiée par la gravité des troubles fonctionnels et l'insuffisance des moyens palliatifs.

« 2° L'extraction à découvert est préférable à l'extraction sous-cutanée comme étant plus facile, d'un résultat plus sûr, sans être notablement plus dangereuse, si elle est exécutée moyennant les précautions convenables avec ou sans le secours du pansement de Lister. »

La discussion du projet de loi sur l'obligation de la vaccination et de le revaccination n'a pu avoir lieu dans cette séance de l'Académie. Le rapporteur, M. H. Blot, était prêt, parait-il; mais la lecture de son rapport aurait révélé l'existence, dans le sein même de la commission, de grandes divergences d'opinion qui portent principalement sur la revaccination obligatoire. Nos lecteurs connaissent déjà notre opinion à ce sujet.

Dès que l'Académie se sera prononcée, nous nous proposons de revenir, non pas sur le fait même de l'obligation qui, nous l'espérons, sera acceptée par l'Académie, mais sur les mesures qu'il nous semblerait bon d'employer pour empêcher la loi nouvelle de devenir illusoire, et, en même temps, pour entourer l'acte de la revaccination de toutes les garanties de sécurité que les familles sont en droit de réclamer.

Dr J. GEOFFROY.

— Dernièrement a eu lieu, dans les salons du café Riche, le premier banquet de la Société végétarienne à Paris. Vingt-six convives, parmi lesquels le beau sexe était fort gracieusement représenté, se sont réunis dans un festin aussi agréable pour le palais que sain pour l'estomac. Le président sortant, docteur Hureau de Villeneuve, a énuméré les inconvénients du régime créophagique, inconvénients dont tant de gens souffrent sans s'en douter. Le docteur Goyard, qui lui succède pour le nouvel exercice, a plaidé chaleureusement la cause de la tempérance. M. le docteur Aderholdt, vice-président de la Société, avec une conviction profonde et communicative, a énuméré tous les bienfaits de la nouvelle doctrine. D'autres orateurs ont encore pris la parole pour nous démontrer que l'homme doit soustraire son estomac au régime des « travaux forcés. » Il paraît que l'homme a trop d'orgueil en se croyant omnivore; il doit désormais « se mettre au vert, » c'est le « régime naturel. »

La Société nous indique son siége provisoire, rue Saint-Honoré, 163, chez le docteur Goyard.

MÉDECINE PRATIQUE

Causes et traitement des névralgies.

C'est un problème souvent bien délicat d'analyse clinique celui qu'on est appelé à résoudre pour soulager et guérir un malade atteint d'une névralgie quelconque. Le soulagement immédiat n'est pas encore trop difficile à obtenir dans la majorité des cas; la famille des médicaments analgésiques renferme heureusement plusieurs agents assez puissants pour nous permettre de vaincre momentanément la douleur. Mais c'est une mince victoire en vérité si l'ennemi écarté pendant quelques heures ou quelques jours, revient sans cesse à la charge. Cette belliqueuse métaphore revient à dire que pour guérir une névralgie il faut en combattre la cause et par conséquent la connaître. Or, s'il est en général facile de se convaincre que la douleur accusée par un malade présente bien les caractères d'une douleur névralgique, c'est-à-dire qu'elle est limitée au trajet connu d'une branche nerveuse, qu'elle se manifeste par intervalles avec une grande vivacité pour se calmer à d'autres moments, que pendant ces accès et ces répits on trouve par une attentive exploration des points particulièrement sensibles à la pression, si la constatation de ces caractères joint au luxe d'épithètes énergiques par lesquelles le malade s'ingénie à dépeindre les sensations particulières d'arrachement, d'élancement, de piqûre, de tenaillement, de morsure qu'il éprouve, suffit à établir le diagnostic névralgie, — l'embarras commence et est parfois extrême quand il s'agit de rapporter à telle ou telle cause l'origine de cette névralgie. — C'est à une enquête sévère qu'il faut procéder pour réussir, et les éléments de cette instruction étiologique seront puisés dans les commémoratifs, l'évolution du symptôme et l'exploration minutieuse non seulement de la région malade, mais de l'organisme tout entier. — Le temps n'est plus où les pathologistes inscrivaient sans inquiétude dans leurs cadres les névralgies idiopathiques : grâce aux travaux modernes la lumière se fait dans les limbes de ce *caput mortuum*.

La première indication est de rechercher avec soin si dans la région douloureuse aucun traumatisme, piqûre, déchirure, contusion, compression n'a pu venir léser des filets ou des troncs nerveux, ou si le traumatisme d'une région n'a pas retenti sur une région voisine. Après le travail laborieux d'un accouchement, par exemple, s'il a surtout nécessité une version ou une application de forceps, on a noté des exemples de sciatique, de névralgie crurale. Dubois a vu cette dernière sur

venir sous l'influence d'une déchirure très-limitée des petites lèvres. Dans la saignée, la simple piqûre d'un filet nerveux peut retentir sur les nerfs du bras et devenir le point de départ d'une névralgie parfois intense.

Il faut encore songer à l'irritation des filets nerveux par des corps étrangers, par l'hypertrophie de leur névrilème, par les cicatrices qui viennent les faire adhérer aux parties adjacentes à la suite de plaies ou de fractures, par des tubercules douloureux ou des névromes.

Pour les nerfs qui en un point de leur trajet sont en rapport avec le squelette, traversent des trous ou des canaux, il faut songer à la possibilité d'exostoses, de carie, de périostoses les irritant ou les comprimant ; le voisinage de vaisseaux importants ou de masses ganglionnaires, imposera la recherche de tumeurs anévrysmales ou d'adénopathies.

Il y a tout un ordre de causes qui peuvent intéresser les centres nerveux : telles sont les tumeurs intra-craniennes ou intra-rachidiennes, les lésions de l'encéphale et de la moelle ou de leurs enveloppes (ramollissements, irritations de la substance nerveuse, produits morbides occupant les méninges). Il n'est plus permis depuis les travaux de MM. Charcot et Vulpian de méconnaître les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice et les douleurs pseudo-névralgiques qui surviennent dans la compression lente de la moelle; l'attention une fois éveillée sur la possibilité de l'une de ces affections, il sera facile de la dépister par la recherche des autres symptômes qu'elle détermine.

Les névralgies dyscrasiques sont celles qui reconnaissent pour cause les modifications survenues dans la composition du liquide sanguin. Tout praticien a présent à la mémoire le fameux adage, *sanguis moderator nervorum* et la phrase pittoresque de Romberg, *le cri des nerfs qui réclament un sang plus généreux*; aussi ne manquera-t-on de passer en revue toutes les causes possibles de déglobulisation : la chlorose, les cachexies, la convalescence des maladies graves, la grossesse, l'allaitement. Dans la maladie de Bright et surtout dans la forme dite néphrite interstitielle, on observe des douleurs qui se montrent souvent sur le trajet des nerfs frontaux. — On doit à Marchal (de Calvi) la relation d'un fait de sciatique contemporaine des premiers symptômes d'un diabète, observation isolée qui ne permet pas sans doute d'affirmer l'existence de névralgies diabétiques. — M. Imbert-Gourbeyre a avancé que la rougeole a une influence étiologique sur les névralgies faciales. — Nous avons, dans une précédente étude sur la grippe, insisté sur les névralgies qui apparaissent pendant ou après les épidémies de fièvre catarrhale.

La syphilis peut affecter tous les nerfs et parmi eux avec une évidente prédilection le nerf trijumeau. Les névralgies peuvent être précoces, coïncider avec la fièvre syphilitique ou les premières éruptions secondaires (Lancereaux); elles seraient dues alors à quelque processus congestif ou hyperplasique affectant le névrilème, ou bien le virus syphilitique agirait directement sur les éléments nerveux (Rigal). On observe encore des névralgies dans la période tertiaire, mais le plus souvent alors elles résultent de la compression des nerfs par des tumeurs, des périostoses ou exostoses. Balfour a écrit que toute névralgie faciale accompagnée de paralysie des muscles de l'œil et de chute de la paupière doit éveiller l'idée d'une syphilis.

On a appelé névralgies par intoxication celles qui dépendent de l'introduction dans le sang et de l'action prolongée sur l'économie de certaines substances, telles que le plomb, le mercure ou le tabac. Le saturnisme agit de deux manières, indirectement par la déglobulisation qu'il détermine, mais aussi par une action directe sur les éléments nerveux qui emmagasinent les molécules plombiques. L'abus du tabac qui produit des gastralgies et l'angine de poitrine (Beau) atteint souvent le trijumeau et déterminerait surtout des névralgies de nature congestive, s'accompagnant presque toujours d'une vive rougeur de la face.

Enfin il est d'observation journalière dans les pays de marais que le miasme paludéen détermine dans certains cas des névralgies tenaces, véritables *fièvres larvées* qui présentent la périodicité franche des fièvres légitimes et sont justiciables d'une médication spécifique. Toutefois il ne faudrait pas conclure que le succès du quinquina et la périodicité impliquent toujours l'origine palustre, puisque Trousseau a décrit une *névralgie solaire* survenant en été et se traduisant, en dehors de toute influence marécageuse, chaque matin par des douleurs violentes.

Les névralgies diathésiques sont fréquentes. — Dans la goutte elle peuvent être la première manifestation de la diathèse ou se montrer à une période plus avancée: tantôt elles relèvent d'une altération du sang par les produits uriques, tantôt elles sont liées à l'anémie si habituelle chez les vieux goutteux.

— Les névralgies rhumatismales précèdent, accompagnent ou suivent les déterminations articulaires, affectent le trijumeau, les intercostaux, le sciatique et sont très mobiles.

Dans la dartre et l'herpétisme, des névralgies surviennent assez souvent après la suppression d'une éruption cutanée telle que l'eczéma ou alternent avec elle.

Les hystériques sont le plus habituellement torturées par des névralgies multiples viscérales ou périphériques.

Quant à la scrofule ou à la tuberculose, peut-être ne produisent-elles des névralgies que par l'intermédiaire de l'anémie qui en est inséparable; ce n'en est pas moins une indication thérapeutique.

Toute une catégorie du plus haut intérêt au point de vue du diagnostic étiologique est celle des névralgies dites réflexes ou sympathiques, qui paraissent produites par la maladie d'un organe plus ou moins éloigné, même lorsque cette maladie n'est pas accompagnée de douleur, mais qui disparaissent quand on réussit à guérir l'organe primitivement malade. Les exemples en sont nombreux : les névralgies lombo-abdominale, crurale, sciatique s'observent dans les affections utérines (Aran) dans les orchi-épididymites (Mauriac), l'ovarite.

La sciatique peut survenir dans le cours de la blennorrhagie (Fournier). Un calcul arrêté dans l'urèthre peut déterminer une névralgie lombo-abdominale violente (Anstie). Une lésion dentaire même indolente peut être le point de départ de douleurs sur les diverses branches du trijumeau; les points de la névralgie intercostale s'observent dans la colique hépatique et même du côté gauche (Willemin). Au début d'un embarras gastrique fébrile, une douleur vive siégeant dans le flanc gauche et liée à une névralgie intercostale a pu en imposer pour une périsplénite et faire craindre quelque temps une fièvre typhoïde. Qui ne sait que Napoléon à Sainte-Hélène atteint d'un cancer de l'estomac, se plaignait de son coup de canif dans le côté?

En résumé, comme l'a professé M. N. Guéneau de Mussy, « les névralgies viscérales sont très souvent accompagnées de névralgies cérébro-rachidiennes. »

Ainsi combien d'hypothèses se présentent à l'esprit du praticien qui, constatant une névralgie, cherche à instituer un traitement rationnel! Avec quelle sagacité il faut analyser tous les symptômes accessoires présentés par le malade, scruter les antécédents, s'enquérir des circonstances dans lesquelles la maladie est apparue pour la première fois, de celles qui en déterminent l'exaspération ou l'apaisement! Ce n'est qu'après avoir ainsi éliminé toutes les causes possibles d'erreur qu'on peut en connaissance de cause formuler la thérapeutique. Mais avant d'aborder ce dernier point nous demandons la permission de dire quelques mots des théories admises par les auteurs modernes sur la physiologie pathologique des névralgies.

On sait, depuis Valleix, que la douleur dans les névralgies siège particulièrement en certains points, que cet auteur avait déterminés soigneusement pour chaque espèce et qu'il avait même multipliés outre mesure; ces points ainsi qu'il l'avait établi, correspondent soit au lieu d'émergence du tronc nerveux, soit à ceux où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau ou vient s'épuiser dans les téguments. On doit de plus à Trousseau et Armaingaud la connaissance des points dits apophysaires. Pour un grand nombre de névralgies il est certain que la douleur existe non virtuellement mais réellement dans les lieux mêmes où les malades l'accusent. L'extension ne se fait pas, suivant Müller, immédiatement d'un nerf à un nerf voisin, mais bien par l'intermédiaire des centres nerveux. Les recherches ingénieuses de MM. Arloing et Tripier sur la sensibilité récurrente, appliquées par M. Cartaz à l'étude des névralgies, sont venues donner l'explication de certains faits singuliers, par exemple la persistance de la douleur dans l'extrémité d'un nerf sectionné et par conséquent séparé des centres nerveux. 'existence des fibres récurrentes, véritable anostomoses qui relient en divers points de leur parcours des nerfs différents isolés à leur origine, rendent compte à la fois de l'irradiation parfois singulière des sensations douloureuses et aussi de l'inefficacité dans certains cas des sections nerveuses comme moyen thérapeutique. Une théorie, celle de Anstie admet que toutes les névralgies sont d'origine centrale: pour lui dans les névralgies même les plus légères il existe une lésion de la racine sensitive des nerfs dans leur trajet intra-spinal et du noyau gris qui est en connexion avec elle. De nombreux arguments militent en faveur de la justesse de cette théorie dans certaines névralgies, celles par exemple qui sont engendrées par des maladies héréditaires, diathésiques ou des altérations du sang. Elle explique les cas de guérison obtenus par M. Armaingaud à l'aide d'applications révulsives sur la colonne vertébrale.

Enfin il est certain que le travail irritatif développé dans certains nerfs périphériques peut se propager au bout d'un temps variable, ainsi que l'a fait voir M. Hayem qui, par la contusion expérimentale du nerf sciatique, a pu déterminer presque à coup sûr le développement d'une phlegmasie de la substance grise de la moelle et de ses enveloppes. Ainsi s'explique ce fait qu'une sciatique unilatérale devienne double au bout de quelque temps dans certains cas.

Mais arrivons au traitement. Il ressort de l'étude analytique faite précédemment que, le diagnostic étiologique une fois établi, il faut s'attacher à combattre la cause qui a produit ou qui entretient la douleur. Les indications sont donc aussi multipliées et difficiles à prévoir que les causes directes pouvant agir sur les nerfs périphériques ou sur les centres nerveux: on pourra être amené à extirper des tumeurs, à enlever des cicatrices vicieuses, à réduire d'anciennes luxations, à pratiquer l'extraction de corps étrangers ou l'avulsion de dents cariées.

S'agit-il d'une névralgie d'origine diathésique? A chaque ordre d'affections déterminées correspondra une médication spéciale.

Aux névralgies de l'impaludisme larvé les préparations de quinquina, et si elles affectent le caractère périodique, plus particulièrement le sulfate de quinine; l'acide arsénieux dans les cas anciens et tenaces; — aux névralgies de la chlorose, les préparations ferrugineuses et particulièrement le tartrate ferrico-potassique, associé suivant les indications spéciales à tel ou tel autre médicament, noix vomique, rhubarbe, etc. L'hydrothérapie sous forme de douches courtes, mais fréquentes, le traitement bromuré, la teinture de valériane s'adressent aux névralgies des hystériques; l'huile de foie de morue, l'iode à celles des scofuleux. Enfin nous ne saurions trop insister sur l'indication toute spéciale que fournit la notion d'accidents syphilitiques antérieurs; combien de fois n'a-t-on pas vu des névralgies qui duraient sans interruption depuis des semaines et semblaient devoir conduire les malades au suicide s'amender presque subitement et disparaître comme par enchantement après quelques frictions mercurielles!

Dans les cas où l'on est conduit à penser que la névralgie est causée par l'état morbide d'un viscère quelconque, et c'est toujours du côté de l'appareil utéro-ovarien ou gastrique qu'il faut chercher en premier lieu, — un traitement approprié en triomphant de la métrite ou de la dyspepsie aura vaincu du même coup la névralgie sympathique; il y a telle circonstance où un émeto-ca-

thartique fera justice d'une névralgie intercostale entretenue depuis plusieurs jours par un embarras gastrique saisonnier.

Mais avant même de pouvoir combattre la cause il a fallu se préoccuper de faire cesser ou de diminuer momentanément la douleur ; il faut aussi songer à certaines névralgies qui défient tous les agents thérapeutiques connus. C'est contre celles-là qu'il faut puiser à pleines mains dans l'arsenal thérapeutique ancien et moderne. Nous ne parleront pas des anesthésiques et des stupéfiants qui sont d'un usage banal (chloroforme, éther, opium, belladone, stramoine, etc.). C'est encore par les injections sous cutanées avec une solution de morphine au centième et au cinquantième, à la dose de un à deux centigrammes, qu'on obtient les meilleurs effets. Mais pour mettre nos lecteurs au courant des différents essais qui ont été faits dans ces dernières années tant en France qn'à l'étranger, nous rappellerons que E. Besnier, Bartholow, Stedman, ont préconisé les injections hypodermiques analgésiques de chloroforme à la dose de 1 gr. 20.

Mader se loue d'avoir injecté 1 gr. d'une solution d'acide phénique à 2 pour 100; Salomone Marino emploie des injections d'ergotine de 0. 15 à 0,20 centigr. en solution dans un gramme d'eau ou de glycérine.

Parmi les médicaments internes nous citerons les suivants.

Spencer Thompson a essayé le *phosphore* à la dose de 20 gouttes d'nne solution dont 40 gouttes représentent 3 milligrammes 1[2 de cette dangereuse substance, et pour nous, nous n'oserions y recourir qu'après avoir échoué par tout autre moyen.

Markham Skerrit a fait connaître le *croton-chloral* qu'on donne en pilules ou dans l'eau à la dose de 90 centigr. à 3 grammes.

Le *chlorure d'ammonium* est indiqué par David Yung comme devant être donné à la dose de 2 gr. 50 en trois fois peu de temps avant l'accès névralgique.

Le *Gelsemium sempervirens*, ou jasmin jaune, qui jouit d'une action vaso-dilatatrice et par conséquent serait contre-indiqué dans les névralgies s'accompagnant d'un élément congestif, a été vanté par quelques praticiens; on emploie la teinture de racines au 1[5e : doses, de 20 à 60 gouttes au maximum espacées de demi en demi-heure. C'est un médicament qui s'élimine par les urines.

L'azotate d'aconitine jouit d'une certaine vogue ; il se donne par milligrammes.

Zeissl (de Vienne) donne l'*iodoforme* à la dose de 0,15 à 0,20 centigr. par jour.

Enfin, nous avons eu à nous louer du traitement indiqué par M. Féréol dans les cas où dominent les phénomènes congestifs ; il consiste à administrer par cuillerées dans les vingt-quatre heures au moment des repas et pendant douze ou quinze jours la potion suivante :

Eau distillée, 100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger ou de menthe 30 gr.
Sulfate de cuivre ammoniacal 10 à 15 centigr.

Pour terminer, nous rappellerons que les révulsifs locaux, depuis le sinapisme jusqu'aux pointes de feu, en passant par les ventouses scarifiées, sont d'un usage avantageux dans bien des cas. M. Armaingaud recommandait de les appliquer surtout dans le voisinage des points apophysaires quand il y en a, et M. Huchard a, d'après ce principe, employé avec un réel succès les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

Quant à la section des nerfs pratiquée depuis longtemps, et à leur élongation dont on fait grand bruit depuis peu, nous avons peu de chose à en dire, sinon que le premier procédé n'a pas toujours obtenu le succès qu'on se croyait en droit d'en attendre, et que le second est encore le sujet d'une polémique trop passionnée pour qu'il soit possible de se faire une opinion raisonnée sur les résultats.

Ce procédé, qui vient d'être appliqué par M. Debove au traitement des douleurs fulgurantes des ataxiques, a pris naissance en Allemagne. Baum (de Dantzig), Nüssbaum et Masing (de Saint-Pétersbourg) ont publié des cas où ils ont obtenu la cure de névralgies faciale et intercostale par ce moyen héroïque. Il agit probablement, en modifiant l'état des cellules de la moelle, mais on peut craindre qu'il ne soit pas sans inconvénients ultérieurs, quand on lit les résultats expérimentaux publiés par M. Quinquaud dans une des dernières séances de la Société de Biologie. Un mois et demi après qu'il eut pratiqué sur des cobayes l'élongation du sciatique M. Quinquaud a vu survenir des troubles trophiques et une amputation spontanée des orteils auxquels ce nerf se distribue, et il a constaté la même lésion anatomique qu'aurait produite une section nerveuse.

PAUL GERNE.

P.S. La Gazette des hôpitaux publie aujourd'hui de nouveaux succès obtenus par M. Féréol à l'aide de sa médication au sulfate de cuivre. Toutefois ce médecin distingué a cru devoir modifier sa formule ainsi qu'il suit ; il a renoncé à la potion et donne le médicament en poudre associé au sous-nitrate de bismuth.

Sulfate de cuivre ammoniacal... 2 centigr.
Sous-nitrate de bismuth........ 25 —

Pour un cachet médicamenteux F. S. A. 10 cachets semblables.

Prendre cinq de ces cachets par jour, deux au courant des principaux repas dans un peu d'eau, le cinquième entre les deux repas; avaler une petite tasse de lait par-dessus.

Ce mode d'administration présente l'avantage de causer moins de dégoût aux malades et d'éviter surtout l'état saburral et la persistance si désagréable du goût de cuivre dans la bouche.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Le Questionnaire sur la situation des médecins en France.

Nous avons reçu plus de réponses que nous ne voulions en espérer. Nos correspondants ont compris les mobiles qui nous ont fait agir. Nous voulons insister

de nouveau auprès de ceux qui se sont abstenus jusqu'à cette heure. Nous savons bien que, leur abstention n'est qu'un fait de négligence, de défaut de loisir dans une existence trop occupée. Nous venons les solliciter de se rendre à notre désir et dissiper certains malentendus que nous pensions impossibles.

Quelques rares questionnaires dénotent un peu de répugnance à indiquer le chiffre des recettes et la situation de fortune. Nous avouons ne pouvoir, d'aucune façon, comprendre ce sentiment de réserve. Quels inconvénients peut trouver notre confrère des Basses-Pyrénées à nous écrire que sa situation de fortune est très bonne, médiocre ou précaire!

Lui ferons-nous un crime, nous qui ne le connaissons pas et ne voulons pas le connaître, de n'avoir pas de patrimoine ou de n'avoir pas contracté une riche alliance? Serons-nous réjoui de savoir qu'il ne perçoit de l'exercice quotidien de sa pofession qu'une somme annuelle de mille à quinze cents francs et que parfois il paye une patente de 50 à 60 fr. pour exercer ce métier lucratif! Tout le monde devine aisément quels sentiments nous inspirent ces constatations.

Qu'on veuille bien le croire, en présence de ces réponses éloquentes dans leur précision, nous serait-il possible de le faire, qu'il ne nous serait jamais venu à l'esprit de rechercher la satisfaction d'une curiosité sans objet.

Ce sera un long travail que de dégager, plus tard, quelques chiffres typiques de la comparaison de ces questionnaires.

Leur rédaction laisse à désirer; mais nous nous adressons à un public assez intelligent pour suppléer aux lacunes et verrions des inconvénients à présenter une nouvelle formule : Nous réclamons seulement la mention du département et de la durée d'exercice.

Nous voulons reproduire une de ces réponses : elle provient d'un confrère qui a voulu nous indiquer son nom et sa résidence et qui d'ailleurs ne fait pas partie du Concours. Il a compris qu'il y avait opportunité à nous renseigner. Nous n'avons pas choisi cet exemple, parce qu'il est plus ou moins intéressant que d'autres, mais parce qu'il fera comprendre la somme des renseignements que nous obtiendrions, si tous nos adhérents voulaient prendre la peine de nous répondre.

N° 1

La population de X.... dépasse 2400 habitants

N° 2

Trois communes seulement du pays où j'exerce, sont pauvres. Je refuse d'aller dans deux d'entre elles, qui sont trop éloignées de ma résidence, (l'une à 11 kil. et l'autre à 16) parce qu'elles sont plus rapprochées de médecins qui peuvent mieux que moi les desservir.

Nos 3 et 4

La ville de X..... et une commune voisine, quoique riches toutes les deux, paient fort mal. J'ai employé tous les moyens pour trouver à modifier cela, je n'ai pu y réussir ; entre autres causes, cela tient à ce que pendant longtemps, deux médecins se sont fait la guerre à leurs dépens et n'avaient trouvé d'autres moyens de se populariser, qu'en ne se faisant pas payer. J'exerce beaucoup hors de..... et dans un rayon variant de 10 à 16 kil; j'évalue à 12000, le nombre de kilomètres que je fais annuellement.

N° 5

Nous sommes trois docteurs : l'un âgé de 80 ans, exerce peu ; moi qui exerce beaucoup, j'ai 36 ans; un troisième, âgé de 28 ans, ayant succédé à un jeune docteur, mort l'an dernier, qui lui-même avait succédé à un confrère mort en 1878, âgé de 80 ans.

Dans une commune, celle qui avec X..... quoique riche, paie mal et qui est située à 6 kil. de X..... est venue l'an dernier on ne sait d'où un médecin de 60 ans, se disant docteur.

Nos 6 et 7

La clientèle, desservie par nous tous, peut bien s'élever de 16 à 18.000 âmes. Le canton n'a que 11.500 habitants, mais nous allons sur le département voisin.

N° 8

J'ai deux chevaux et je suis souvent obligé d'en louer d'autres. Mon jeune confrère en a deux aussi. Les deux autres confrères, n'ont qu'un seul cheval.

N° 9

Je suis obligé d'aller en route continuellement. Si je suis 30 jours en repos par an, c'est que je fais quelques fugues aux eaux ou à Paris, ou que je m'octroie un jour de répit, ou enfin que je suis obligé d'aller dans une des villes de la région.

Nos 10, 11, 12

Si j'inscrivais toutes les visites, j'ariverais à un chiffre d'affaires dépassant 10.000 fr.; en réalité, je touche au moins 7.000 fr. par an, mais je n'ai jamais touché 7.500 fr.

Nos 13 et 14

Il y a des pharmaciens à X.....

Nos 15, 16, 17.

Non. Il y a bien une espèce de médecine gratuite départementale en X..... mais c'est quelque chose d'insensé! Depuis onze ans j'ai touché 300 fr, de ce chef. Il y a dans le canton 2 bureaux de bienfaisance très-riches, qui paient les médicaments, mais pas les médecins.

N° 18

A X..... il y a une société de secours mutuels, qui nous paie 1 fr. par visite ; pour ma part cela me fait une moyenne de 300 fr. par an. J'en suis enchanté et je voudrais bien que toute la ville en fît partie. Les pharmaciens en sont contents aussi ! Lorsque j'arrivai à X..... cette société donnait 600 fr. aux médecins, par an. Nous étions 3, cela faisait 200 fr. pour chacun de nous, en vertu de l'axiome : *tout nouveau, tout beau*, j'eus promptement toute la clientèle de la société, je réclamai et j'obtins 1 fr. par visite. Ce dont je suis satisfait. Dans la commune où exerce le docteur âgé venu l'an dernier, il y a une société comprenant 60 familles ; il les soigne et les drogue à raison de 12 fr. par famille ; mais tous crient contre lui et prétendent qu'il les néglige. Avant son arrivée cette société était soignée par mon jeune confrère mort l'an dernier, pour 400 fr par an (notez que la localité est à 6 kil. de distance). C'était d'autant plus naïf de sa part qu'à aucun prix, je n'avais voulu devenir le médecin de cette société. Il espérait ainsi avoir la clientèle de la commune ; il se trompa. Les gens à l'aise mettaient une sorte d'orgueil à s'adresser à moi, pour montrer qu'ils avaient le moyen de payer un médecin ; de sorte que mon confrère eut toute la mauvaise clientèle de la commune ; il était obligé de s'y rendre tous les jours, j'y allai moins souvent et au bout de l'année j'avais un chiffre d'honoraires, certainement plus élevé que le sien dans cette même commune.

Nos 19, 20, 22.

Il n'est pas d'usage de s'abonner au médecin, dans notre contrée.

N° 24

Il n'y a plus de sorciers, peu de rebouteurs, peu

gênants d'ailleurs, mais des religieuses, pratiquant la médecine et la pharmacie dans presque toutes les communes et nous faisant un tort immense. Dans notre pays cependant, les paysans ne sont pas trop bêtes ; ils vont chez la bonne sœur parce qu'ils l'ont sous la main, qu'ils n'ont pas besoin de faire 2, 3 4 lieues pour aller quérir le médecin, dans lequel ils ont le plus de confiance.

Ils préfèrent les médicaments du pharmacien, qu'ils ne paient pas plus cher. De fait, les religieuses vendent de la pharmacie *spéciale* : J'ai vu 300 gr. de sirop de morphine ne rien produire chez un malade, que 15 à 20 gr. de sirop du pharmacien calmait; 2 ou 3 gr. de sulfate de quinine ne donner ni maux de tête, ni bourdonnements d'oreilles, alors qu'ils étaient occasionnés par 50 centigr. venant du pharmacien. En somme, les religieuses de notre pays tiennent lieu du médecin et du pharmacien, comptent aussi cher au client et lui rendent de bien mauvais services, la plupart du temps.

N° 25.

S'il n'y avait pas de religieuses dans notre pays, j'estime que quatre médecins y vivraient honorablement, c'est-à-dire qu'ils gagneraient une trentaine de mille francs, tandis qu'actuellement ils arrivent à peine à 15,000. Du reste, depuis onze ans, j'ai vu des religieuses s'établir dans 2 communes : l'une de 937 habitants. J'y faisais une moyenne de 1500 francs, par an.

Je pense que mes confrères y pouvaient faire encore 5 à 600 francs par an; maintenant je n'arrive pas à 600 (565 l'an dernier), et mes confrères n'y doivent pas toucher 300 francs.

Dans l'autre (408 hab.) très-riche, la dernière année que j'y allais, avant que les religieuses n'y arrivassent, je percevais à 1487 fr. ; l'an d'après, bien qu'une épidémie de fièvre typhoïde y eut sévi, je n'ai pas fait 500 fr. et l'au dernier, je suis arrivé à 131 francs !

Je ne crois pas que d'autres médecins que moi aient fait plus de 10 visites par an, dans cette commune, où je suis toujours estimé malgré tout.

N° 26 et 27.

Je vis confortablement et je pourrai me suffire avec ce que je gagne, mais si j'avais des enfants en pension je devrais vivre avec beaucoup d'économie et il me serait impossible de faire de mon fils un médecin.

N° 28, 29, 30.

Je suis très à l'aise. Je paie 341 francs d'impôts, la patente y est comprise pour 42 fr.

N° 31, 32.

Je suis ce que l'on appelle un médecin qui a de la chance; dès la seconde année de mon exercice j'ai touché 7,000 francs; si j'avais été garçon, en vivant confortablement, j'aurais pu depuis onze ans, mettre onze mille francs de côté. Etant marié cela n'était pas possible. J'ai fait certainement des économies, mais c'est grâce à ce que je possédais. Du reste, à cet égard, je puis dire ceci, qu'orphelin à l'âge de 14 ans, docteur à 24, j'ai dépensé 23 000 francs de mon patrimoine, j'avais 30.000 francs environ.

J'ai mis 6 ans à faire mes études médicales et sans avoir mené une vie d'anachorète, j'étais presque raisonnable. Eh bien, marié sitôt mon installation avec une femme sans fortune, je n'aurais certainement pas reconstitué mon patrimoine.

N° 33

J'ai eu un fils et je serais très heureux qu'il fût médecin ; je suis très considéré, il n'est pas si commun à l'heure actuelle, dans notre pays du moins, de trouver une bonne position.

N° 34

Non, je ne suis pas assuré sur la vie et je n'en ai pas besoin, ayant assez d'ordre pour faire des économies et sachant les placer convenablement.

N° 35

Ma famille ne serait pas dans la gêne.

N° 36

J'estime la médecine très utile au point de vue social et par cela même le législateur devrait veiller à ce que toutes les populations agricoles fussent facilement et à peu de frais desservies par des médecins.

Le médecin, serait un peu fonctionnaire, mais il n'y perdrait pas et le paysan y gagnerait beaucoup.

Ainsi un médecin dans un groupe de plusieurs communes, constaterait les décès, les naissances (peut-être ne vous imaginez-vous pas combien cela serait utile), inspecterait les écoles (au point de vue de l'hygiène), vaccinerait, surveillerait les nourrissons, soignerait les indigents. Pour tout cela il pourrait avoir une indemnité modique, (1000 fr. par exemple pour 2 ou 3000 habit.), en plus il aurait ses honoraires, souvent la pharmacie; habitant un bourg son traitement payerait le loyer et le cheval; il serait très considéré et aurait une vie douce et facile. Ne croyez pas que cela soit un rêve. Dans mon pays, je pense que 5 médecins vivraient ; nous desservons environ 25 communes; serait-il déraisonnable de leur demander 3.000 fr. par exemple pour les médecins cantonaux? le département et le gouvernement feraient le reste : les populations débourseraient encore bien moins d'argent et seraient mieux soignées. Dans un pays où la population augmente peu, il faut diminuer les décès : c'est possible.

Il y a eu une épidémie très-meurtrière de variole dans notre pays, il y a 10 ans, comme dans presque toute la France. Voici ce que j'ai observé : à X*** et dans 2 autres communes, où la vaccination a toujours été pratiquée régulièrement le nombre des décès a été insignifiant.

Dans d'autres cemmunes où l'on ne vaccinait que peu ou pas du tout, la quantité des décès était proportionnelle aux soins apportés; c'est-à-dire que l'on mourait beaucoup, où l'on vaccinait peu ou mal. Eh bien, aujourd'hui encore dans la plupart des communes ce service est organisé d'une facon déplorable, c'est-à-dire qu'il n'est pas organisé du tout.

Enfin à X*** où l'on peut avoir à peu de frais ou gratis le médecin quand on le désire, il meurt quatre fois moins (je l'ai vérifiée) d'enfants à la mamelle qu'en campagne où l'on ne recourt que fort tard, trop tard généralement au médecin.

Ces considérations que j'ai abrégées le plus possible m'ont inspiré souvent de sérieuses réflexions et m'ont porté à croire à l'utilité, au point de vue philanthropique et social, d'un médecin pensionné par l'administration centrale départementale et communale, installé au milieu d'une région de 8 à 10.000 hectares, suivant que le pays est plus ou moins en plaine, comptant de 2 à 3.000 âmes. Je crois que peu de confrères seront de mon avis, cependant j'estime que la position du médecin serait meilleure qu'elle ne l'est plus souvent.

N° 37.

La loi Roussel n'est pas appliquée.

Nos 38, 39, 40.

Je crois aux syndicats, ils fonctionnent bien pour les notaires, les avoués, etc., etc., ils fonctionneraient tout aussi bien pour nous et nous n'aurions qu'à gagner à leur établissement.

N° 41.

Il n'y a pas de médecin cantonal ici. Il y a bien, je l'ai dit plus haut, une assistance publique départe-

mentale. mais elle n'offre aucun avantage, etc., etc.,

II

Révision de la législation médicale (8e lettre). (1)

MÉDECINE ET PHARMACIE

Nous disions en terminant notre dernier article que le médecin devait avoir le droit de fournir à ses clients les médicaments urgents : l'insuffisance des petites officines va nous montrer qu'il faut aller plus loin.

Le médecin trouve-t-il actuellement dans les pharmacies de quoi exercer consciencieusement son art? — Non, dirons-nous, et nous nous appuyons sur les jurys médicaux, jurys mixtes comme l'on sait. Voici à peu près ce qu'on y lit : « les pharmacies des petites villes et des campagnes sont mal approvisionnées : le jeune médecin ordonne des nouveautés de passage, et le vieux médecin estime peu le médicament, sachant bien que ce qui fait vivre ce sont surtout les maladies incurables. Les préparations magistrales s'altèrent en attendant la vente, et les spécialités abondent — encore ne sont-elles pas de première fraîcheur,.... et la quatrième page des journaux complique encore le salmigondis qu'on appelle une officine. »

Nous ne nions pas les embarras du pharmacien en présence d'une science comme la médecine qui n'a pas de *credo*, qui marche ici avec Hahnemann, là avec le professeur Belge, ailleurs et un peu partout avec l'École, qui ayant changé dix fois de peau est restée toujours la même et toujours de son temps. Mais est-ce notre faute si la pharmacie est une institution d'un autre âge?

Encore nous nous trompons en disant que la médecine n'a pas de *Credo* : chaque secte médicale a ses croyances et son honnêteté, et le pharmacien exécuteur des ordres du médecin devrait avoir la connaissance de tous ses besoins. Le marchand sait assortir ses marchandises au goût de ses clients — mais le marchand est excité par la concurrence, et le pharmacien a un privilége!

D'autre part, le savoir des pharmaciens diminue, c'est-à-dire que presque partout on ne trouve plus que des pharmaciens de deuxième classe. Il en est certes dans le nombre, de très capables, une instruction première tronquée ou le défaut d'aisance les a empêchés d'aspirer plus haut; mais les écoles secondaires ont besoin de vivre, il leur faut le nombre, et tous ceux qui se présentent sont reçus. Or, plus un diplôme s'est montré facile à acquérir, moins on le respecte — c'est chose connue?

En face de cette science insuffisante et de cet approvisionnement défectueux, la position du médecin est difficile et ce n'est pas le gouvernement qui lui viendra en aide : « Vous m'importunez prêtres et médecins, semble-t-il dire! La peur vous appelle au chevet du malade sans qu'il en résulte plus grand effet pour sa longévité que pour son éternité. — Cantonnez-vous dans l'église et dans le Codex! »

La comparaison est honorable mais elle n'est pas juste; la médecine n'est pas, comme la théologie, condamnée à l'immobilité; elle progresse, et elle est indépendante. Le diplôme est le titre de propriété du médecin, l'humanité son champ et le pharmacien son outil — si l'outil le sert mal, il a le droit de le rejeter. »

Cette lettre pleine d'*humour,* signée d'un « *médecin d'occasion* » jette un jour véritable sur la question qui nous occupe : nous ne pouvions mieux faire que de la communiquer à nos confrères.

La pharmacie telle qu'elle est, *est une institution d'un autre âge*, et ne correspond plus au besoin de notre époque.

Que sont en effet un trop grand nombre d'officines? Un professeur de l'école de pharmacie de Paris l'a dit, des maisons de vente au détail. Le pharmacien ne prépare plus et, trouvant bénéfice à ce mode de faire, achète ses extraits, ses teintures, ses emplâtres, ses dragées, etc., etc.,

On parle de responsabilité, — mais quelle est la sienne en réalité? Il revend de confiance ce qu'il a acheté de confiance et, s'il arrive un accident, il ne manque pas d'exciper de sa bonne foi!

Quelle raison pourra-t-on invoquer pour maintenir un privilège dans ces conditions?

Conçoit-on les marchands de nouveautés s'insurgeant contre les grands magasins de Paris et imposant aux habitants de la province leur intermédiaire pour tout achat au *Louvre* ou au *Bon Marché*? Et cependant la situation des petits négociants de province est-elle moins intéressante que celle des pharmaciens?

Les conditions économiques de la vie moderne ont trop changé : la pharmacie, quoi qu'elle fasse, sera emportée dans le tourbillon. Elle aura, un jour ou l'autre, à subir une réforme radicale, dont la première condition sera l'abolition du privilège dont elle a joui jusqu'à présent.

Le médecin, nous le reconnaissons, ne doit pas songer à s'imposer, mais le pharmacien n'y peut songer davantage. Le public, nous dit-on, doit pouvoir se passer de médecin et se munir librement chez le pharmacien des remèdes qu'il croit devoir s'administrer de son chef. — Soit! mais la même liberté veut que le client, s'il le désire, puisse recevoir directement de son médecin les remèdes que celui-ci lui prescrit.

On crie à l'exploitation! Q'on nous fasse grâce de ces larmes de crocodile versées sur le pauvre public! Et convenons tous que cet excellent public ne se laisse faire que dans une certaine mesure, qu'il prend bien vite la porte le jour où il s'aperçoit qu'on abuse de sa confiance, qu'enfin, si comme la femme de Sganarelle, il aime parfois à être battu, ce goût chez lui n'a rien de durable.

On ajoute l'incompétence de celui qui n'a pas fait d'études spéciales! Mais la confection des ordonnances est elle chose si difficile? C'est pourtant à cela que se borne, dans nombre de cas, le rôle du pharmacien. Et d'ailleurs ce même pharmacien ne sera-t-il pas toujours là pour préparer les remèdes qui exigent une manipulation difficile? Enfin la ressource d'un examen spécial et sérieux ne peut-elle donner toutes les garanties désirables?

Qu'à cet examen, on joigne une inspection sévère des dépôts de produits pharmaceutiques ; que dans cette inspection on examine l'état de conservation des produits plutôt que de rechercher s'ils sont ou non conformes à une formule donnée — nous ne voyons pas quelles objections pourraient subsister.

Un *modus vivendi* s'établira vite entre médecins et pharmaciens qui n'étant plus en concurrence cachée cesseront de se faire la guerre : le

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13.

médecin s'approvisionnera chez le pharmacien des substances dont il croira devoir garder l'administration et, pour le reste, enverra son client au pharmacien; seul responsable des produits qu'il donnera, il apportera plus de soin dans son choix; il fera de la matière médicale, par nécessité, une étude sérieuse et n'en sera plus réduit, pour se dispenser de formuler, à prescrire la poudre de X*** ou le sirop de Z***. — De son côté, le pharmacien ne sera plus gêné dans l'exercice de sa profession par des règlements surannés; excité par la concurrence il veillera avec plus de sollicitude à la préparation de ses produits et se souviendra que la pharmacie n'est pas seulement un commerce !

Quelques officines secondaires disparaîtront — serait-ce un mal? Et cette disparition devra-t-elle causer de si cuisants regrets aux intéressés, public, médecins et pharmaciens?

Certains produits spéciaux bénéficieront du nouvel état de choses; mais, qu'on le sache, le succès des préparations sérieuses se fera aux dépens de tous ces produits innommés dont nous sommes dès maintenant inondés et qui rentreront rapidement dans l'obscurité d'où jamais ils n'auraient dû sortir.

Les principes de liberté ne trouvent malheureusement guère d'écho dans le corps pharmaceutique qui s'attache, avec l'énergie d'un noyé, à son privilège comme à son unique planche de salut.

Nous avons cité l'opinion du *Petit moniteur de la pharmacie*, mentionnons celle du *Répertoire de pharmacie*.

Critiquant le projet soumis au Conseil d'Etat, le Répertoire dit.

Art. 6. — Cet article a pour but de permettre aux médecins, par dérogation à l'article précédent, de fournir des médicaments à ceux de leurs malades qui habitent une localité dépourvue d'officine ou éloignée d'au moins huit kilomètres d'une officine ouverte.

Nos confrères connaissent les abus qui se produisent à la faveur de cette exception ; beaucoup d'entre eux ont même à en souffrir. Nous aurions préféré, quant à nous, qu'on enlevât complètement aux médecins le droit de fournir des médicaments à leurs malades. L'institution des boites de secours communales se prêtait à cette combinaison, mais le Conseil d'Etat a pensé qu'il était nécessaire que le médecin eût le droit de délivrer des médicaments à ses malades, quand ces derniers étaient trop éloignés d'une pharmacie. Il s'est borné à introduire dans le projet une modification consistant à limiter aux cas d'urgence la faculté accordée au médecin.

L'addition des mots *en cas d'urgence* n'arrêtera malheureusement pas les médecins dans la voie où ils se lancent de plus en plus, et ceux qui auront livré un médicament à un de leurs malades prétendront toujours qu'il était extrêmement urgent d'administrer ce médicament.

Et le Répertoire demande que ces médicaments qui pourront être délivrés d'urgence soient désignés nommément sur une liste annexée au Codex. Plus loin, il regrette la décision prise par le Conseil d'Etat d'interdire au pharmacien la délivrance des médicaments sans ordonnance et se demande si le Parlement consentira à sanctionner cette interdiction.

On le voit, les revendications sont les mêmes : privilége et monopole exclusif en faveur des pharmaciens d'un côté, de l'autre liberté absolue pour eux.

Eh bien ! nous le répétons, ces prétentions sont absolument inadmissibles, et cependant ce sont elles qui ont chance de prévaloir sinon dans la loi, du moins dans la pratique.

Le privilége du pharmacien sera consacré, et celui-là, il se fera respecter : la délivrance d'un médicament est un fait matériel facile à constater et nous pouvons être assurés que les pharmaciens auront l'œil ouvert.

Quant à la restriction: *défense de délivrer sans ordonnance*, c'est une autre affaire : rien de plus difficile à constater, car le plus souvent le public est de connivence avec le pharmacien. D'ailleurs nous savons ce qui se passe actuellement et nous serions vraiment bien naïfs de croire que la reproduction dans le nouveau texte de loi de cette prohibition changera quoi que ce soit à la concurrence désastreuse que nous font subir les pharmaciens grâce à un exercice illégal presque impossible à saisir.

Et cette distance de huit kilomètres, que faut-il en penser? Nos Conseillers d'Etat se figurent-ils que quelques mètres de plus ou de moins changent quelque chose à l'urgence d'administrer un médicament ?

Qu'il s'agisse d'une fièvre pernicieuse, à huit kilomètres nous pourrons donner le sulfate de quinine — à sept nous donnerons une ordonnance et notre client sera forcé de faire, souvent à pied, quatorze kilomètres pour se procurer le médicament.

Et puis, comme l'écrit le Dr Wackenthaler, faudra-t-il nous munir d'un podomètre pour contrôler les distances et nous assurer qu'en sauvant la vie à un malade nous ne nous mettons pas en contravention.

Que nos confrères se le disent bien, tous nous sommes plus ou moins intéressés à ces questions : qu'ils ne se désintéressent pas parce que personnellement la chose leur est indifférente ! Qu'ils sachent bien que, si l'un n'attache pas d'importance à l'exercice de la pharmacie, l'autre dédaigne l'exercice illégal de la médecine, tandis qu'un troisième favorisé sous tous les rapports trouve que nous agitons des questions oiseuses !

Que les intérêts d'une fraction du corps médical s'ils sont avouables et légitimes, deviennent ceux du corps médical tout entier — c'est le seul moyen que nous pouvons avoir de peser quelque peu sur l'opinion de nos législateurs et d'obtenir satisfaction pour quelques unes de nos revendications.

Les pharmaciens, dans leurs journaux, discutent toutes ces dispositions légales: par leurs représentants ils soumettent des objections, proposent des amendements, réclament des suppressions... ils combattent pour un privilége !

Nous qui luttons pour un principe beaucoup plus libéral, puisque combattant leur monopole nous sommes disposés à leur concéder la vente sans ordonnance, montrerons-nous moins d'ardeur ? Et encore une fois, nous cantonnant dans notre isolement et dans notre égoïsme, laisserons-nous, sans protester s'accomplir une réforme qui, somme toute, est à notre détriment ?

Nos confrères savent que la révision de la loi qui régit l'exercice de la pharmacie est à l'étude, ils connaissent les prétentions que les pharmaciens s'efforcent de faire prévaloir, ils ont pu voir quelles difficultés sans nombre fait naître entre médecins et pharmaciens une législation surannée. — Nous les adjurons de méditer ces questions, de rechercher les solutions conformes à notre intérêt professionnel et de vouloir bien nous transmettre les propositions qu'ils désireraient voir figurer dans la loi nouvelle.

Dr A. Gassot, de Chevilly (Loiret).

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Traitement des fractures du fémur.

Le raccourcissement du membre inférieur, consécutivement à une fracture du fémur, est l'opprobre de la chirurgie. — *opprobium medicorum.* — Les appareils les plus compliqués, l'extension continue et autres genres de supplice inventés pour obvier à ce fatal raccourcissement, n'ont vraiment d'autre résultat que de prolonger les souffrances du malheureux patient, sans toujours lui apporter, comme compensation, une diminution de quelques millimètres dans le total de son raccourcissement. Telle est la vérité. Et cependant si votre malade boite, l'explication classique est toute prête : C'est que vous n'avez tiré ni assez fort, ni assez longtemps. Néanmoins, beaucoup de praticiens, découragés de tirer sans succès, y ont complètement renoncé. Un de nos honorables confrères me racontait que, depuis qu'il avait adopté un mode de traitement d'une simplicité rustique, il n'avait eu, à sa grande surprise, que des succès complets; il peut montrer ses malades guéris de fracture de cuisse, sans raccourcissement, sans claudication, et, bien entendu, sans extension continue. J'avais été très frappé de ces résultats qui me paraissaient extraordinaires lorsque je lus dans le *Medical and surgical Reporter*, de Philadelphie, un article d'un vieux praticien américain, soutenant exactement la même opinion. Le traitement des fractures étant une question d'un intérêt primordial pour nous tous, je crois devoir consacrer toute cette *Revue* à l'analyse complète et détaillée de la méthode du médecin américain, en attendant que notre confrère français veuille bien, de son côté, nous faire connaître son *modus faciendi.*

« Voilà, dit le Dr Michener, soixante ans que je traite des fractures, et je veux, en ce qui concerne les fractures du fémur, faire connaître le résultat de cette longue expérience. Je laisse de côté les fractures compliquées, cas exceptionnels, réclamant un traitement en rapport avec les circonstances, pour ne m'occuper que des fractures simples.

« Or, quels que soient les méthodes employées et les résultats obtenus dans la pratique hospitalière, il est indéniable que dans la pratique civile, rurale, le succès est l'exception plutôt que la règle. La conséquence d'une fracture du fémur est, presque toujours, un raccourcissement du membre.

« La question qui se pose est celle-ci : D'où vient ce raccourcissement ? Et la réponse toute prête est : de la difficulté de maintenir l'extension nécessaire pendant le traitement. Quelques-uns — peut-être beaucoup — prétendent qu'il doit toujours y avoir raccourcissement dans cette sorte de fractures. Tout récemment, un chirurgien d'une certaine ville feuilletait ses ouvrages de chirurgie pour répondre aux reproches d'un client boiteux et lui prouver la nécessité d'un raccourcissement.

« Eh bien! j'affirme de la façon la plus formelle (*I do most emphatically assert*) qu'une fracture ordinaire du corps du fémur n'a pas besoin d'être traitée par l'extension et qu'il ne peut pas y avoir de raccourcissement, si l'os a été convenablement coapté et maintenu en position. Je n'ai jamais rencontré de fractures obliques du fémur, cependant j'en ai traité un grand nombre. Aussi je suis convaincu que beaucoup de fractures du fémur ont été considérées comme obliques uniquement parce que l'opérateur a été impuissant à juxtaposer les fragments. Lorsque l'os est bien coapté, il se suffit à lui-même pour maintenir intacte la longueur du membre, sans qu'il y ait besoin de recourir à l'extension continue.

« Il y a pour le chirurgien trois grandes indications trois devoirs impérieux à remplir :

1o Coapter les fragments très soigneusement.
2o Prévenir leur courbure ou rotation.
3o Procurer au patient tout le bien-être possible.

« 1o *Coaptation de l'os.* Lorsque le patient est couché sur le dos, si le membre est raccourci ou le pied renversé, il y a déplacement. Un assistant pourra faire l'extension, très doucement d'abord, puis en augmentant graduellement, de façon à éviter, autant que possible, la douleur et la résistance des muscles : l'un et l'autre sont grandement accrus par une extension trop brusque. Cela peut demander cinq à dix minutes, ou une demi-heure; mais, à la fin, les muscles se détendront et permettront aux fragments de se coapter, quelquefois même avec un claquement perceptible. Pendant l'extension, le chirurgien manipulera soigneusement, le membre jusqu'à ce qu'il soit pleinement satisfait du résultat. On cessera l'extension graduellement, comme on l'a commencée. Si le déplacement persiste ou si le membre se trouve encore plus court que l'autre, c'est que l'os n'est pas bien coapté, et il faut répéter les mêmes manœuvres.

« Lorsqu'il y a une très grande résistance musculaire ou trop de douleur, il faut employer l'anesthésie. Si la fracture est bien réduite, les muscles maintiendront les fragments exactement appliqués, si l'on a soin d'empêcher la flexion et la rotation du membre.

« 2o Pour obtenir ce dernier résultat, on placera le membre blessé dans la demi-flexion (120 à 130o)), parce que dans cette situation les muscles sont à l'état de relâchement, et moins sujets à être le siège de crampes : enfin, c'est la position la moins fatigante.

« L'appareil devra s'appliquer uniquement au membre blessé : les mouvements du corps ne doivent pas être empêchés : le membre blessé devra pouvoir se mouvoir *d'une seule pièce*, en même temps que le reste du corps. J'ai l'habitude de laisser mes clients s'asseoir dans leur lit, ou se tenir couchés, suivant leur bon plaisir et je n'ai jamais trouvé la fracture déplacée par cette manière d'agir.

« 3o *Procurer tout le bien être possible au blessé.* Au soulagement, si agréable au patient qui se trouve heureux d'un léger changement de position, il faut ajouter la facilité avec laquelle l'appareil peut être réajusté, presque sans troubler le sommeil du blessé, et la facilité de pouvoir le changer de lit.

Plusieurs méthodes peuvent sans doute remplir les indications que je viens de formuler. Je vais seulement décrire celle que j'ai employée, depuis une longue série d'années, à la grande satisfaction de mes malades et de moi-même.

« *Description.* La base de l'appareil est une attelle concave, sciée en travers dans le milieu, réunie avec des charnières, et maintenue à l'angle voulu au moyen de vis de pression. Les deux extrémités sont disposées de façon à pouvoir s'allonger à volonté et permettre l'adaptation à différentes personnes. Du côté du pied, se trouve une semelle mobile, munie d'un soulier à lacet, s'abaissant et se relevant au besoin et maintenue par une vis de pression. Les bandes de l'attelle sont garnis de boutons en cuivre et de courroies de cuir pour boucler par dessus le membre.

« Les petites attelles, au nombre de trois, sont formées de trois éclisses de bois léger, collées sur du cuir souple ou sur de la toile. Quelques compresses de flanelle moelleuse pour garnir les attelles et des bandes de toile complètent l'appareil.

« *Application.* Après avoir réduit la fracture et avoir attendu quelque temps pour s'assurer qu'il n'y a pas de raccourcissement, régularisez la longueur de l'attelle principale en prenant modèle sur le membre sain. Mettez la garniture en flanelle, puis, par dessus, les bandes de toile. Le membre est alors posé sur le tout, soit étendu, soit un peu fléchi, on applique les bandes, puis les petites attelles et on boucle les courroies de cuir par dessus le tout. Si on a laissé l'attelle droite, il convient alors de la fléchir doucement jusqu'à un angle de 120° environ. On complète par l'ajustement du pied. Un ajustement semblable pour fixer le genou est souvent une bonne sauvegarde contre les contractions spasmodiques des muscles.

« Le patient est fatigué et un lunch est servi dans la salle à manger. Laissons-le se reposer. Mais avant de regagner notre logis, allons inspecter de nouveau l'appareil et donner nos instructions à la garde et au malade lui-même. »

En résumé, tout le secret pour obtenir une guérison sans raccourcissement, consiste à bien coapter les fragments. C'est probablement ce que l'on croit faire et ce que l'on ne fait jamais. Comme le dit si justement le Dr Michener, si le membre reste raccourci, c'est que vous n'avez pas réduit. Les fragments chevauchent et l'appareil à extension continue sera habituellement impuissant à les réduire à la longue. Il paraît donc que les choses ne se passent pas autrement en Amérique qu'en France, avec cette différence toutefois, que l'on ne nous offre pas de lunch après notre corvée.

Dr Marsh.

VARIÉTÉS

SIMPLE HISTOIRE

(Suite)

Un journal, *les petites affiches*, s'étalait crasseusement sur la table de marbre. Il l'ouvrit.

Quel est le mortel malheureux, l'infortuné en quête d'emploi, le travailleur sans ouvrage qui n'a, d'une main fiévreuse feuilleté ce modeste répertoire et qui n'a vu tout un horizon nouveau s'ouvrir à ces : *On demande... On offre !*

Justement la pension Piger était, ce jour-là, en quête *d'un jeune homme capable pouvant disposer de quelques heures.*

Jacques prit l'adresse et sans perdre haleine courut trouver l'honorable monsieur Piger. L'affaire fut baclée de suite.

Agricol devint professeur d'arithmétique et moyennant SOIXANTE FRANCS par mois eut charge d'enseigner à quelques parisiens morveux que 2 et 2 font quatre et que 3 ôtés de 10 reste 7. La tâche était ardue ; mais gagner 60 fr., deux fr., par jour ! Une fortune pour Jacques, dans sa joie, le futur Esculape se demanda s'il rêvait ; si tel bonheur lui serait concédé jusqu'à la fin de ses études. Soixante francs par mois ! ! Sept-cent-vingt francs par an ! ! c'était fabuleux.

Grâce à ce supplément mensuel, Jacques put arriver à la thèse ! elle fut bien courte cette thèse ! Que voulez-vous. Ce n'étaient point les idées qui faisaient défaut pourtant ! mais chaque page nouvelle était un surcroît de dépenses pour fra.s d'impressions. Voilà pourquoi Jacques fit sa thèse si courte.

Huit jours plus tard, averti par lettre de l'arrivée de son fils, le père Agricol se promenait de long en large sur la place publique de Saint-Pierre en Val attendant, anxieux, la diligence qui faisait le service de la contrée. Enfin, après une heure le lourd véhicule fit son entrée dans la cour de l'hôtel de la Croix d'or, et de ses flancs s'élança Jacques Agricol, le docteur J. Agricol.

Bras-dessus bras-dessous Agricol et son fils, se dirigèrent vers leur petite maison.

— Et bien père, et notre champ du Petit-pont! demanda Jacques :

— Pas près de le vendre mon ami.

— Tant mieux, tant mieux. Je ne sais pourquoi, mais j'y tiens à cette terre.

Si le nouveau docteur eut d'abord des clients, inutile de le demander. Tout nouveau médecin en a ne serait-ce que la série des rachitiques, phthisiques, éclopés du canton. A la première fougue, l'accalmie succéda et peu à peu Jacques se fit une clientele comme se font toutes les clientèles de campagne, à force de travail et de désintéressement pécuniaire.

O vous les heureux du monde... médical ! O vous très honorés et très riches confrères qui, langoureusement étendus dans un moelleux coupé, parcourez au grand trot de vos poneys les rues et boulevards des villes capitales ! ô vous dont les honoraires se chiffrent d'autant plus haut que vous montez moins d'étages: vous qui ne visitez que des clients cloués par la maladie sur une couche de batiste; qui n'avez jamais touché qu'un bras tendu au milieu d'un flot de dentelles; ausculté une poitrine cachée sous une cuirasse de malines, vous êtes-vous demandé, quelquefois, où étaient, ce que faisaient ces *Jacques Agricol* vos anciens camarades d'école? Vous êtes-vous demandé, au moment ou votre pied foulait l'épais tapis de l'appartement de la baronne de X***, de la comtesse de Z*** ; au moment où le valet de chambre annonçait : M. le docteur, vous êtes-vous demandé ce que devenait votre condisciple ?

Hélas non !

Eh bien, au même moment, à la même heure, Jacques Agricol, lui, harassé de fatigue, mouillé jusqu'aux os, descendait de cheval, traversait une mare de fumier pour arriver jusqu'à la porte basse d'une ferme, et là, dans un lit ou plutôt dans un grabat chargé de guenilles, sous un drap noir de malpropreté, il prend, sortant d'une vieille chemise en loques, un bras bronzé par la crasse, il appuie son oreille sur cette cage thoracique que cache à peine un chiffon jadis blanc... en un mot, il fait la médecine de campagne.

Pendant quarante ans, Agricol se livra à l'exercice aussi pénible que peu rémunérateur de cette médecine là. Pendant quarante ans il parcourut jour et nuit, par bons ou mauvais chemins, trempé par la pluie, fouetté par la neige, transi par le froid, brûlé par le soleil, les villages, les hameaux de sa commune. Il avait compté :

En quarante ans il avait fait *quatre-cent mille kilomètres* ! mal rétribué, envié des uns, calomnié par les autres, soutenu par la pensée d'accomplir noblement son devoir. Inutile de dire que jamais, au grand jamais, nul gouvernement songea un seul instant à récompenser cette abnégation, ce dévouement de toutes les heures !

Une nuit de décembre, notre docteur fut appelé en toute hâte pour une pauvre mère de famille qui se mourait d'hémorrhagie. Le temps était noir, le vent soulevait au loin des tourbillons de neige, on ne se voyait pas à trois pas. Jacques partit. Il allait cotoyant une montagne escarpée au pied de laquelle la rivière roulait ses eaux mugissantes.

C'était à tâtons qu'il avançait, suivant la route, tantôt se détournant à droite ou à gauche pour éviter les amas de neige qui s'élevaient en montagnes blanches et barricadaient le chemin. Tout à coup un craquement terrible se fit entendre sous les pieds du cheval, bête et cavalier roulèrent au fond du précipice ; deux jours plus tard on retrouva, arrêtés par le barrage d'un moulin, les deux cadavres ; le lendemain on enterrait le pauvre martyr. Ce fut lui qui le premier fut inhumé dans le nouveau cimetière acheté depuis peu par la municipalité de Saint-Pierre-en-Val, le champ du Petit-Pont.

Son père, sa mère? ils étaient morts. Ses enfants ? il n'en avait point. Sa fortune ? Il avait en caisse vingt-sept francs cinquante centimes et cent bons de pain pour les pauvres. On vendit la maison, le mobilier, la bibliothèque pour payer les créanciers, puis... ce fut tout. Sa tombe, vous la chercheriez en vain, rien ne la distingue, pas même une croix de bois. Saint-Pierre-en-Val n'a plus de médecin, ou du moins pas d'autre que le père Leau, le maréchal-ferrant du village, médicastre rebouteur qui a su gagner cinquante-mille francs de biens au soleil.

Et lorsque le dimanche, attablés devant le comptoir de l'auberge les *gros* de l'endroit se plaignent de cet état de choses, ils évoquent le souvenir de ce brave Agricol.

— C'est étonnant, s'écrient-ils, pas de médecin dans Saint-Pierre, une *si bonne tombée*! Ce pauvre Jacques ! ! un brave garcon, tout de même... A votre santé!

Dr Alpha.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La Limonade sulfurique à la Rose.

Pétales de Roses rouges.	20 grammes.
Eau bouillante.	1.000 —
Acide sulfurique dilué. .	4 —
Sucre.	100 —

Jetez l'eau bouillante sur les pétales de rose. Faites infuser pendant une heure. Passez et ajoutez l'acide sulfurique dilué et le sucre.

Les anciens *Formulaires* ordonnent, dans la préparation des infusions de rose, de priver les pétales de leurs onglets; mais cette opération, extrêmement laborieuse d'ailleurs, est inutile. En effet, le produit est semblable, que l'infusion soit faite avec les pétales de rose entiers ou avec des pétales privés d'onglets.

La limonade sulfurique à la rose possède la couleur de la rose et en exhale le parfum, Elle est légèrement acide, faiblement styptique, sucrée.

La belle couleur de cette composition résulte de l'action de l'acide sulfurique sur la matière colorante que les pétales de roses rouges abandonnent à l'eau bouillante.

Le sulfate de fer y forme un précipité noir, abondant, indiquant la présence d'une assez forte quantité de *tannin*.

Vous donnerez la limonade sulfurique à la rose dans tous les cas où les acides ont été recommandés :

L'*état fébrile*.

Les *hémorrhagies* sans troubles circulatoires ou avec fluxion et fièvre.

Les *angines de mauvais caractère* et en particulier l'*angine diphthérique*. Dans cette dernière maladie, elle agit sur la lésion même à la façon des acides et en modifiant les surfaces affectées, et remplace avec avantage le *gargarisme détersif* dont les enfants sont en général incapables de faire usage.

Le *scorbut*.

Les *états putrides* et *hémorrhagiques* dans la *fièvre typhoïde* la *variole*, etc., etc.

Faites prendre la limonade sulfurique à la rose, fraîche, froide ou même glacée, par petite quantité à la fois, en éloignant suffisamment les prises, afin qu'il ne survienne pas d'irritation d'estomac. Un verre à Madère, toutes les trois ou quatre heures, par exemple, me paraît être un mode d'administration applicable à la généralité des cas.

V. A.

(La Thérapeutique contemporaine).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

9 Avril 1881 — 3me Année. — N° 15

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

La discussion s'est ouverte à l'Académie, « *sur la question de savoir s'il convient de rendre obligatoire la vaccination et la revaccination.* »

Le rapporteur, M. *H. Blot*, qui est aussi le directeur du service de la vaccine, reconnaît qu'il est inutile d'insister sur l'influence heureuse de la vaccination et de la revaccination : leur valeur préservatrice est surabondamment démontrée, surtout depuis les malheureux événements de 1870-71.

Aussi, le seul obstacle que la vaccination puisse aujourd'hui rencontrer en France, vient-il de l'incurie : le projet de loi a pour but de remédier à une négligence qui, en temps d'épidémie, pourrait devenir dangereuse.

Laissant de côté la question des *préjugés, qu'il aurait quelque honte à discuter sérieusement*, M. Blot arrive à la seule objection à laquelle il reconnaisse une certaine importance : le danger d'inoculer la syphilis avec le vaccin ; l'expérience et la pratique ont réduit cette objection à sa juste valeur; et, d'ailleurs, l'emploi de la vaccine animale répond à toutes les appréhensions les plus exagérées.

Mais, dira-t-on, vous allez porter atteinte à la liberté individuelle. — Dans une société bien organisée, la liberté individuelle ne saurait être absolue, car elle est nécessairement limitée pour chacun

cination, on est d'autant plus autorisé à l'imposer

que tous les autres moyens indiqués par l'hygiène ne suffisent pas à préserver de la variole. Par contre, il est prouvé que la variole a cessé d'être une maladie de l'enfance, partout où la vaccination a été rendue obligatoire. Si nous prenons pour exemple la Suède, pays où depuis longtemps la vaccination est obligatoire, nous trouvons le relevé suivant qui est bien instructif :

Période prévaccinale (1774-1801), moyenne de décès par million d'habitants, 1,973.

Période de vaccination facultative (1802-1816), 479.

Période de vaccination obligatoire (1817-1877), 189.

Ainsi la moyenne des décès par chaque million d'habitants est tombée, en un siècle, de 1,973 à 189.

De pareils résultats ne font-ils pas regretter amèrement que, depuis la découverte de Jenner, la France n'ait pas encore obtenu la vaccination obligatoire, quand elle l'est dans beaucoup de nations européennes depuis si longtemps : en Bavière (1807), en Suède (1816), dans le Wurtemberg (1818), en Ecosse (1864), en Irlande (1868), en Angleterre (1867), en Allemagne (1874)?

La *vaccination* ne pouvant procurer le plus souvent qu'une *immunité temporaire*, la revaccination est son complément nécessaire. Mais, sur ce second point, il y a une difficulté de mise à exécution : comment s'assurer que la revaccination a été pratiquée? La loi sur *l'instruction primaire obligatoire* pourrait permettre d'atteindre les jeunes sujets, et de s'assurer des premières revac-

seconde revaccination. Exigez d'ailleurs le certificat de revaccination pour l'entrée dans toutes les écoles et dans toute les administrations publiques ou privées, et vous augmenterez ainsi singulièrement le nombre des cas où l'exécution de la loi pourra être assurée.

Resterait à examiner la question des sommes allouées pour le service de la vaccine : ces sommes sont insuffisantes ; mais il n'est pas admissible que les chambres qui ont voté des crédits considérables pour combattre les épizooties se refusent à faire quelque chose pour prévenir des épidémies comme celle de 1870-71 ; elles tiendront à honneur de ne pas paraître considérer comme moins précieuse la vie des hommes que celle des animaux qui servent à leur alimentation.

En conséquence, la commission a adopté, à *l'unanimité* moins une voix, les conclusions suivantes :

« Considérant que :

La *vaccination* est, sauf, exceptions extrêmement rares, une opération inoffensive, quand elle est pratiquée avec soin et sur des sujets bien portants ;

« Que, sans la vaccine, les mesures indiquées par l'hygiène (isolement, désinfection, etc.,) sont à elles seules insuffisantes pour préserver de la variole ; que la croyance au danger de vacciner et de revacciner en temps d'épidémie n'est nullement justifiée ;

« Qu'enfin la *revaccination*, complément nécessaire de la vaccination pour assurer l'immunité contre la variole, doit être pratiquée dix ans au plus tard après une vaccination réussie et répétée aussi souvent que possible, quand elle n'a pas été suivie de cicatrices caractéristiques ;

« L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la *vaccination obligatoire;* »

Quant à la *revaccination*, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par les règlements d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible.

Nos lecteurs ont pu voir combien le rapport de l'éminent académicien concordait avec les idées que nous avions émises nous-même sur ce sujet dans un de nos précédents numéros. Cet accord nous permet de ne pas insister davantage aujourd'hui dans ce sens. Mais, *M. Depaul* ayant cru devoir, sur la question de *l'obligation*, se séparer de ses collègues de la commission, dont il partage d'ailleurs les opinions sur l'utilité de la vaccine, nous tenons à faire connaître les arguments par lesquels l'ancien directeur de la vaccine a motivé sa conduite.

Sur l'utilité et les bienfaits de la vaccination et de la revaccination, il n'y a pas la moindre hésitation à avoir, et M. Depaul rappelle tout ce qu'il a fait lui-même pour la propagation de la vaccine. Il reconnaît aussi que l'organisation de ce service réclamerait des réformes indispensables ; mais il ne pense pas que ce soit en imposant l'obligation qu'on arrivera à des modifications heureuses, et, quoi qu'on fasse, ajoute-t-il, la loi proposée sera toujours odieuse et vexatoire: M. Depaul s'indigne de voir les *droits des pères de famille* sacrifiés à ceux de l'Etat. Elle sera inapplicable, car une amende de 1 à 5 francs et de 6 à 15 francs en cas de récidive, est dérisoire: et, d'ailleurs comment s'y prendra-t-on pour constater qu'un individu a été ou n'a pas été revacciné, dans une ville comme Paris, par exemple, où existe une population nomade, flottante, allant et venant sans cesse, et toujours renouvelée ? Fera-t-on des perquisitions à domicile ? Aura-t-on recours aux dénonciations des voisins ? L'application de la loi ne risque-t-elle pas, dans ces conditions, de devenir intolérable et absolument impossible ?

Sans doute il faut réorganiser sur de nouvelles bases le service de la vaccine. Mais, pour cela, il faut de l'argent, beaucoup d'argent et l'on n'en obtient pas facilement des pouvoirs publics. M. Depaul, alors qu'il était directeur du service de la vaccine à l'Académie, obtint difficilement, lors de l'épidémie de 1870 à 1871, une somme de 2,000 fr., pour établir à l'Académie un service de vaccination à l'aide du vaccin de génisse. Ce service, qui dura un an et qui dut cesser faute de fonds, rendit les plus grands services pendant cette désastreuse épidémie de variole, qui dut sa gravité exceptionnelle aux conditions exceptionnelles aussi dans lesquelles se trouva alors la population enfermée dans Paris, en proie à la misère, à la démoralisation, à l'alcoolisme. L'épidémie ne cessa que lorsque, avec la rentrée des troupes dans Paris, cessèrent les mauvaises conditions hygiéniques qui l'avaient produite. L'obligation, suivant M. Depaul, n'eût pas fait plus que firent alors la bonne volonté et le sentiment d'un devoir d'humanité à remplir. Pour sa part, M. Depaul vaccina, de sa main, plus de 72,000 individus, soit dans Paris, soit dans les forts, trempa plus de 52,000 lancettes et distribua 22 à 23,000 plaques ou tubes de vaccin.

Laissons donc de côté, ajoute-t-il, cette théorie nouvelle de l'obligation et cherchons, avant tout, à améliorer le service actuel de la vaccine dont M. Blot a lui-même exposé toutes les défectuosités. — Cette partie du discours de l'honorable académicien est véritablement intéressante et ins-

tructive; car, en même temps que les imperfections, l'orateur signale les réformes propres à y remédier; et, sur ce point, nous ne pouvons qu'applaudir à son argumentation.

Le gouvernement, dit-il, les départements et les communes font très peu pour le service de la vaccine.

Les sommes affectées au fonctionnement de ce service dans toute l'étendue de la France, s'élèvent au chiffre dérisoire de 240,000 francs par an; ce qui, d'après les calculs les plus modérés, représente la somme de 5 fr. pour 1,000 habitants, et de 3 à 4 centimes par individu vacciné ! Comment, avec de pareilles conditions, exiger des médecins de campagne dont on vante beaucoup le zèle et le dévouement, mais qu'on laisse mourir de faim, comment exiger d'eux qu'ils aillent, souvent à des distances considérables, à travers des montagnes couvertes de neige l'hiver, brûlées par le soleil l'été, pratiquer des vaccinations et des revaccinations. Car il faudra, si l'on vent réaliser sérieusement l'obligation, aller au devant des individus à vacciner.

Et il ne suffit pas de pratiquer purement et simplement des inoculations, il faudra encore vérifier si le vaccin a pris; si l'inoculation a réussi ou non; il faudra établir une surveillance par des médecins inspecteurs.

Le service actuel de la vaccine pèche en outre par l'insuffisance des sources du vaccin. Il faut, créer des foyers, des centres multiples de vaccin. Or, le vaccin humain demeurera toujours insuffisant, quoi qu'on fasse; il est absolument indispensable d'organiser sérieusement un service de vaccination avec le vaccin de génisse, qui seul est capable de répondre à tous les besoins.

En résumé, M. Depaul voudrait donc qu'il fût organisé des *foyers* ou centres de vaccination dans les chefs -lieux des arrondissements, dans les communes importantes, d'où l'on peut facilement rayonner à l'entour, et cela, avec une *dotation suffisante* pour rémunérer *honorablement* les médecins vaccinateurs et les inspecteurs chargés de surveiller et de contrôler le service: il voudrait enfin que les sources du vaccin fussent multipliées par l'adjonction de la vaccination animale convenablement organisée, de manière à répondre à tous les besoins. C'est le seul moyen, suivant lui, de diminuer encore le chiffre de la mortalité variolique.

— Que l'obligation soit, ou non, inscrite dans la loi, il n'en est pas moins certain qu'il faudra tenir le plus grand compte des projets de réforme présentés par M. Depaul. Nous sommes d'autant plus heureux de les signaler que nous nous proposions, nous-même, d'attirer l'attention de nos lecteurs sur ces points spéciaux qui sont, à notre avis, de la plus haute importance.

Election. M. E. Besnier est nommé membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. Dr J. GEOFFROY.

HOPITAL NECKÈR

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

I

Epithelioma du col utérin. — Ablation de la partie malade à l'aide de l'anse galvano-caustique. — La malade, personne âgée de vingt-deux ans, avait longtemps joui d'une santé parfaite; ses règles s'étaient établies sans amener de troubles notables et avaient continué à se montrer régulièrement jusqu'au moment où survint une première grossesse qui fut bientôt suivie d'une seconde, puis d'une troisième et enfin d'une quatrième qui se termina par une fausse couche il y a six mois. Malgré ces divers incidents, rien ne semblait indiquer que l'organisme eût reçu quelque fâcheuse atteinte, lorsque trois mois après l'avortement, des symptômes inquiétants apparurent : c'étaient des douleurs utérines violentes, des pertes de sang peu abondantes, irrégulières. Bientôt les douleurs s'étendent au ventre et aux reins, et la malade entre à l'hôpital.

Au toucher, on constate dans la profondeur du vagin, une grosse tumeur dont la configuration rappelle celle d'un champignon largement ouvert, comme le bouton d'une fleur qui vient de s'épanouir, et présente au centre, au milieu des fongosités qui l'entourent, une dépression qui doit être l'ouverture du col; les culs-de-sac utéro-vaginaux, plus profonds qu'à l'état normal semblent indemnes.

L'examen au spéculum, qui ne laisse pas que d'être assez difficile, nous a fait voir une tumeur végétante, rosée, saignant facilement, présentant tous les caractères de l'épithelioma.

Jusqu'où remonte le néoplasme ? Avouons que nous ne saurions le préciser, néanmoins, si l'on songe qu'un épithelioma de la cavité de l'utérus provoque des pertes abondantes, on peut supposer que chez notre malade, la lésion ne dépasse pas le col, attendu que l'écoulement utérin est récent et peu considérable. Si l'on rapproche cette particularité de l'intégrité des culs-de-sac utéro-vaginaux, de l'aspect du champignon qui ne présente pas de

parties gangrenées à sa surface, l'idée d'un néoplasme occupant un espace assez restreint, s'impose avec plus de force à notre esprit.

Que faire en présence d'une pareille lésion? Il est évident qu'on ne peut abandonner à son malheureux sort une jeune femme de vingt-deux ans, avant d'avoir tenté de la débarrasser de sa tumeur.

Pour cela divers procédés s'offrent au chirurgien; nous les résumons en quelques mots.

Le plus ancien est sans contredit la cautérisation du néoplasme au fer rouge. On substituait ainsi des eschares aux parties ulcérées, les hémorrhagies s'arrêtaient, la malade quelquefois voyait ses douleurs disparaître pour un temps plus ou moins limité. Mais il arrivait aussi que la chaleur considérable développée par le cautère actuel déterminait, dans des cas rares il est vrai, l'inflammation du péritoine. En outre, l'opération se faisait un peu *à l'aveuglette* l'application du fer rouge donnant naissance à des vapeurs et à de la fumée qui empêchent le chirurgien de voir ce qu'il fait.

Après le fer rouge, sont venus les cautères potentiels et particulièrement la pâte de Canquoin qui donne de bons résultats. Malheureusement, quelque précaution que l'on prenne, le chlorure de zinc ne tarde pas à se liquéfier ; il coule et va former des eschares sur les parties saines. En outre ce procédé est très-long ; on est obligé de cautériser à plusieurs reprises, et chaque fois il faut attendre que les eschares, provoquées dans une séance antérieure, soient éliminées.

Pour parer à ces inconvénients et pour se mettre mieux en garde contre une récidive, Récamier proposa de faire l'ablation totale de l'utérus. Il mit d'ailleurs sa conduite d'accord avec ses principes, et fit le premier cette opération qui fut plus tard reprise en Allemagne, et qu'on pratique aujourd'hui un peu partout pour d'autres affections utérines. Quand il s'agit d'une épithélioma de l'utérus, le remède semble pire que le mal, car les malades succombent presque toujours à cette opération. C'est d'ailleurs l'opinion de Marion Sims dont la haute compétence en matière de gynécologie ne saurait être niée.

Les caustiques présentant trop de dangers et étant insuffisants, l'ablation totale étant par trop radicale et s'accompagnant de dangers sérieux pour la vie, le mieux, ce semble, est d'adopter un moyen terme, c'est-à-dire l'ablation du col de l'utérus au moyen de l'anse galvano-caustique. C'est un procédé inoffensif pour le malade et si la section laisse après elle quelques points malades on a le loisir d'avoir recours aux caustiques.

A ce propos, l'éminent professeur rappelle le souvenir d'une femme de 35 ans, atteinte d'épithélioma, qui était entrée d'abord dans le service de M. Desnos, à l'hôpital de la Charité. M. Trélat embrassa le col de l'utérus avec l'anse coupante qu'il poussa le plus loin possible, de façon à dépasser la muqueuse vaginale. La section se fit nettement et l'on n'eut pas d'accidents à déplorer. Néanmoins comme on sentait encore au toucher quelques points ramollis noyés au milieu d'un tissu dur et compacte, on les attaqua avec la pâte de Canquoin, en ayant soin de protéger les parties saines avec des tampons de coton. La femme fut maintenue au repos; on lui administra du chloral, et quand les eschares furent tombées, on vit qu'elles laissaient derrière elles un tissu qui paraissait sain. La malade quitta l'hôpital et six mois après, la surface qui limitait l'utérus à sa partie inférieure, paraissait normale et présentait à son centre une ouverture rappelant l'orifice du col.

Dans le cas présent, on va chercher à placer l'anse coupante aussi haut que possible. Il ne faut pas oublier que le cul-de-sac utéro-vaginal peut être repoussé assez loin sans crainte de tomber dans le péritoine. D'ailleurs, la section d'un cul-de-sac péritonéal n'expose pas à de grands dangers : plusieurs exemples cités à l'étranger, et celui plus récent de M. Polaillon qui entama le péritoine en pratiquant un évidement conoïde de l'utérus, prouvent que la femme se rétablit très-bien ; d'où l'on est en droit de conclure qu'une méthode qui permet d'excéder la limite du mal, au risque d'ouvrir un cul-de-sac péritonéal, ne doit pas être repoussée.

L'anse coupante est préférable à l'écraseur linéaire ; elle détermine par sa température une action lente qui suffit pour diviser les tissus. La section est plane et il ne se produit pas d'hémorrhagie. L'écraseur linéaire tend à faire remonter les parties qu'il doit diviser vers la profondeur de l'organe quand il s'agit d'un organe mou, comme l'utérus, en sorte que les parties enlevées sont insuffisantes.

II

Hygroma des deux genoux atteignant le volume du poing. — La seconde malade âgée de 28 ans présente un hygroma double, volumineux, siégeant aux genoux. La lésion est évidemment d'origine professionnelle, car il s'agit d'une religieuse habituée à rester longtemps agenouillée.

Rappelons que l'hygroma est constitué par une tumeur formée par une bourse séreuse naturelle ou accidentelle, contenant des liquides de diverse nature, présentant un état inflammatoire plus ou

moins accusé, et des modifications de texture plus ou moins profondes des parois.

Il y a des hygromas simplement irrités, un peu douloureux ; il suffit de les traiter par un vésicatoire. Quelquefois l'hygroma est suppuré. S'il a été le siége de contusions répétées, il contient du sang épanché.

Lorsqu'il est ancien les parois s'épaisissent ; il se forme des végétations qui peuvent prendre la forme de battants de cloche. Que le bout se détache, il formera un corps étranger.

Dans tous ces cas, il est un point qu'il ne faut pas perdre de vue. On fera la ponction évacuatrice, suivie d'une injection iodée toutes les fois qu'on pourra supposer que les parois seront suffisamment aptes à se modifier en devenant le siége d'une inflammation curatrice.

Chez notre malade on a fait une ponction qui a livré passage à un liquide sanguinolent. Aujourd'hui, les deux tumeurs sont fluctuantes, mais on sent très-bien que les parois sont épaissies. L'injection iodée serait insuffisante et comme les dangers des opérations sont beaucoup atténués par l'usage des pansements à l'acide phénique, le parti le plus sage consiste à enlever complètement les tumeurs.

Après avoir plongé la malade dans le sommeil chloroformique, on incise verticalement la peau du genou ; on dissèque la poche du kyste, et après avoir lavé la plaie avec une solution phéniquée, on fait quelques points de suture, en ayant soin de ménager à la partie inférieure une ouverture par où passe un tube à drainage. On applique par dessus le pansement de Lister.

Dr E. SALLES.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Médecins et sociétés de secours mutuels.

PREMIÈRE LETTRE.

C'est là une très grosse et très grave question de déontologie médicale que je n'aurais pas eu le courage et la possibilité de traiter, si je n'étais pas secondé par les nombreux mémoires qui ont déjà été publiés sur ce sujet et si je n'avais pas la conviction bien arrêtée que le moment psychologique est arrivé, où une solution s'impose d'une manière fatale et inévitable.

Quelle sera cette solution ? S'agira-t-il d'une séparation ou d'une entente, autrement dit d'un concordat? Dans cette indécision, je ne puis résister au désir de citer textuellement les premières lignes d'un rapport présenté sur cette question le 27 septembre 1880 par M. le docteur Surmag, vice-président de l'Association des médecins de Saint-Quentin :

« L'histoire des rapports des médecins avec les « Sociétés de secours mutuels rappelle ce qu'on « dit des mariages d'inclination. Aux ravissements « de la lune de miel succèdent bientôt les désen- « chantements et les pitoyables querelles d'un « ménage besoigneux, et tout finit par la sépara- « tion qui est une délivrance. Nous en sommes à « la deuxième phase, la troisième est inévitable « et le présent travail n'a d'autre but que de pré- « parer, et s'il est possible, de hâter cette crise « salutaire. »

En engageant, mes confrères, à lire ce travail plein de *finesse et d'esprit*, je leur dis sérieusement et carrément : Laquelle des deux solutions préférez-vous? Voulez-vous la séparation ou le divorce ? Voulez-vous au contraire un contrat sérieux engageant également les deux parties contractantes ? D'un mariage d'inclination *où le sentiment seulement* a prévalu du côté du corps médical, tandis que le *calcul* semble de plus en plus s'affirmer du côté des sociétés, voulez-vous faire une union où les conjoints n'apporteront que la raison et les convenances ? C'est en posant la question sur ce terrain et avec l'espoir d'arriver à une entente que j'entreprends de présenter la *consécration* d'une union qui plaide en séparation.

Ce fut évidemment une pensée de philanthropie, de charité et de fraternité qui présida à l'origine des Sociétés de secours mutuels : aussi le corps médical toujours en avant, quand il s'agit d'œuvres de dévouement, offrit-il d'emblée son concours, sans marchander ses services, qui, dès la fondation de ces sociétés, ont dû être considérés comme étant les plus importants. A cette époque, il s'agissait, disait-on, de sociétés de bienfaisance et de prévoyance pour venir en aide aux *ouvriers nécessiteux* et leur garantir, outre les soins médicaux, une légère indemnité de chômage, en cas de maladie. Encore une fois, c'était une idée sage à laquelle s'associèrent tous les gens bien pensants comme membres honoraires.

Depuis cette époque, (il y a près de trente ans), les idées se sont-elles modifiées, ou plutôt les conditions d'existence de ces sociétés ont-elles changé? Je n'hésite pas à dire oui, assurément, ces changements existent, non seulement dans leur esprit et leurs tendances, mais surtout dans leur composition. Aujourd'hui, pour que la plupart des membres participants, il n'est plus question de s'assurer à bas prix les services médicaux, sauf à négliger de réclamer l'indemnité de chômage qui, pour quelques-uns, serait une véritable ironie, une obole qu'ils rougiraient de toucher. En un mot, l'on trouve actuellement réunis dans ces sociétés, sous prétexte de *fraternité*, les différentes couches sociales, depuis l'ouvrier prévoyant jusqu'aux riches négociants et aux propriétaires rentiers, qui ont trouvé le moyen d'exploiter le dévouement médical et de faire acte de popularité vis-à-vis de leurs ouvriers, en simulant l'égalité.

En présence de cette situation et de l'envahissement progressif dans le sein de ces sociétés, d'une foule de gens aisés, prévoyants, je dirai *parcimonieux*, il arrive nécessairement que le nombre des membres honoraires n'augmente pas

et que leur recrutement devient de plus en plus difficile; il est en effet dérisoire de faire l'aumône à des gens plus riches que soi!

Toutes ces raisons et ces considérations m'autorisent, je crois, à dire qu'il ne s'agit plus aujourd'hui, dans la majorité des cas, d'associations ouvrières, mais bien de *sociétés de prévoyance* et *d'assurances* contre les risques pécuniaires à courir dans les maladies, avec la facilité, pour tout homme à peu près valide, et jouissant de ses droits de citoyen, d'y entrer et de participer aux avantages des dites sociétés.

Ces préliminaires étant bien compris, jetons un coup-d'œil d'ensemble sur ces sociétés pour juger de leur importance, de leur nombre toujours croissant et enfin de leurs richesses déjà acquises. Comme il ne s'agit pas ici de faire une statistique exacte et de donner des chiffres précis, je me contenterai d'énoncer des nombres ronds.— Dans le dernier bulletin officiel de ces sociétés, je trouve qu'en janvier 1880, le nombre de ces sociétés approuvées ou autorisées atteignait presque sept mille; (en dehors de celles-ci il en existerait encore quatre mille, soit un total de onze mille, d'après certains documents non officiels). Pour ne parler que des premières, nous voyons que le nombre des sociétaires participants, atteint près *d'un million*, tandis que celui des membres honoraires reste à *cent quarante mille*.

Avoir en caisse de ces sociétés pour fonds de retraite ou de réserve: *92 millions*. — Recettes annuelles: *20 millions*. — Dépenses *16 millions*, sur lesquels *deux millions* seulement sont attribués au service médical et *trois millions* aux remèdes prescrits, à la pharmacie.

Si, au chiffre d'un million de sociétaires que nous venons d'énoncer nous ajoutons les femmes et les enfants (qui le plus souvent, dans ces sociétés, ont droit aux soins des médecins seulement), nous arrivons sans exagération au *chiffre de quatre millions d'individus, hommes, femmes ou enfants, qui, pour deux millions de francs (soit: cinquante centimes par tête) ont droit de requérir le médecin à toute heure du jour ou de la nuit*. En suivant cette statistique, nous voyons que, dans ces sociétés, la moyenne des malades est de 25 pour cent, que l'indemnité de chômage attribuée aux malades est de six millions, soit une moyenne de vingt francs par maladie. Quant au salaire du médecin il est représenté par 2 fr. 50, par sociétaire, soit 0,55 c. par journée de maladie du sociétaire, ou 0,35 c. par visite faite à tous les membres de la famille ayant droit. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes et se passent de tout commentaire. Si, en regard de la situation qui nous est faite, nous examinons la part revenant au pharmacien, nous voyons que sur le chiffre de trois millions de médicaments qu'ils fournissent, ils ne font qu'une perte réelle ou une réduction de dix à quinze pour cent sur leurs prix habituels, tandis que, pour les médecins, il s'agit d'un sacrifice réel de soixante à quatre-vingts pour cent sur les tarifs ordinaires de leur clientèle. Si, du reste, nous consultons le tableau des sociétés de secours mutuels, depuis leur naissance, nous voyons que la rémunération des soins médicaux n'a pas varié depuis cette époque. Rien n'a changé que le nombre, la prospérité et la richesse de ces sociétés qui en 1860 étaient au nombre de deux mille, en 1870 de quatre mille et en 1880 arrivent à sept mille. Quant aux ressources en caisse: en 1860, elles étaient de trente-huit millions; aujourd'hui elles sont près d'atteindre cent millions.

D'où provient principalement le chiffre déjà énorme de ces épargnes? Je n'hésite pas à le dire (et on peut le démontrer), ce capital est dû en grande partie au désintéressement, à la générosité ou à l'exploitation de la charité médicale qui a fait sérieusement le sacrifice de la moitié de la somme accumulée aujourd'hui pour fonds de retraite ou de réserve. Depuis quinze ans déjà, ces calculs ont été faits et présentés dans l'annuaire de l'association des médecins, en 1864, par le docteur Belloc, secrétaire de la société de l'Orne. Notre honorable confrère établissait, à cette époque, que les quinze mille médecins exerçant en France, donnèrent plus aux sociétés que les 60 mille, nous disons aujourd'hui que les cent quarante mille membres honoraires.

En effet, en évaluant au prix le plus minime, l'assistance médicale, c'est-à-dire à *un franc par tête*, nous trouvons que, chaque année, le corps médical verse dans la caisse des Sociétés la somme de *deux millions*.

Il ne s'agit pas ici d'évaluations fantaisistes et de prévisions erronées; si les comptables de chaque société veulent faire exactement leur budget, ils verront que je suis au-dessous de la vérité. Et dire que cette situation a été signalée, discutée dans les assemblées depuis plus de quinze ans, sans que les médecins recommandables, qui comprenaient le péril, aient pu arriver à le conjurer.

Avant la création de ces sociétés, le médecin avait au moins la spontanéité de ses actes; et ses élans de zèle et de générosité lui étaient quelquefois comptés à titre de reconnaissance par le malade; aujourd'hui il est considéré par ceux qu'il oblige comme un fonctionnaire *suffisamment salarié*, qui peut au besoin être rappelé à l'ordre et réprimandé par une oligarchie faisant fonction de bureau.

Cette idée de fonctionnement est si bien répandue dans ces corporations, que je ne puis m'empêcher de signaler deux faits qui me sont personnels: l'un remonte à quatorze ans et l'autre est tout à fait de l'actualité.

En 1867, un membre d'une société qui m'avait choisi pour son médecin au commencement de l'année (à 4 francs par an pour lui et sa famille) a eu la prétention de *me forcer* à signer sa feuille de maladie à propos d'une *prétendue gastrite* qui lui avait fait interrompre son métier de *cabaretier*. J'ajouterai qu'il n'avait pas cru devoir s'adresser à moi pour cette prétendue maladie, et que je n'avais le témoignage d'aucun confrère. Sur mon refus de signer, je suis assigné par devant M. le juge de paix qui, dans son omnipotence, crut devoir ordonner une enquête parmi les *habitués du cabaret*. Cette singulière manière de comprendre le rôle du médecin et d'interpréter la justice m'en fit référer à l'association des médecins de la Loire. L'intervention de la société de médecine fit sur mon juge de paix l'effet de la tête de Méduse,

et priva les annales de médecine d'un jugement qui probablement serait passé à la postérité. Ce fait a été relaté et commenté assez explicitement par M. Guerrier, membre du conseil judiciaire de l'association dans l'assemblée générale de l'année 1867.

Passons au second fait : il s'agit encore d'un cabaretier, membre de la même société, qui se présente ces jours-ci à mon cabinet, non pas pour me demander mon avis, mais pour me faire signer sa feuille d'émargement au budget de la Société. Pour justifier et expliquer son incapacité de travail, cet homme me présente son poignet gauche entouré d'un bracelet de serge bleue. A première vue je reconnais l'*œuvre* et le *cachet* du rebouteur en vogue, qui n'a pas même oublié les *trois nœuds réglementaires*.

En présence d'une pareille effronterie, je me borne à enlever l'appareil cabalistique de l'empirique et à m'assurer qu'il n'y avait absolument aucune lésion, en engageant ce sociétaire peu scrupuleux à faire signer sa feuille par le rebouteur qui l'a si bien guéri. Celui-ci, je pense, n'osera pas me traduire en justice pour revendiquer ma signature, car il serait obligé d'être accompagné par son complice le rebouteur.

Si j'insiste sur ces détails, c'est pour montrer que, dans ces sociétés, le médecin a deux missions à remplir qui se complètent et vont de pair, mais que quelques esprits bornés considèrent comme distinctes et indépendantes l'une de l'autre. Bien que certaines sociétés aient admis cette division en chargeant seulement les médecins de constater l'incapacité de travail, je crois qu'en principe, il est à désirer que ce contrôle soit fait par le médecin qui a soigné le malade, pour éviter des contradictions et des conflits regrettables entre confrères. Je crois devoir ajouter qu'il y a là un rôle bien souvent délicat et pénible à remplir pour le médecin consciencieux.

Après cet aperçu d'ensemble, il me restera à examiner les sociétés par région, les différents réglements médicaux, les réformes nécessaires à introduire soit dans les tarifs, soit dans le mode de fonctionnement du service médical, soit enfin dans la manière de procéder, si l'on veut arriver à des améliorations qui deviennent indispensables.

Dr BÉRAUD, de Charlieu (Loire).

II

Révision de la législation médicale (9e lettre). (1)

A. — MÉDECINE ET PHARMACIE.

Notre appel a trouvé de l'écho, et nous recevons de divers côtés des communications qui nous prouvent qu'en abordant cette question de médecine et pharmacie nous avons mis le doigt sur une des plaies dont souffre le corps médical.

Nous ne pouvons en ce moment publier tous les abus qu'on nous signale, nous allons être obligés de laisser momentanément de côté cette question spéciale : il nous suffit d'avoir éveillé sur elle l'attention de nos confrères. Mais nous la reprendrons lorsque nous en serons arrivés à discuter les divers projets proposés comme devant nous donner satisfaction.

Le seul point qui doive nous arrêter encore est celui-ci : le mal est plus grand qu'on ne le suppose généralement, et nous serions bien coupables de le dédaigner.

Un de nos confrères de l'Ain, le Dr Fourchet, écrit :

Comme presque tous mes confrères qui exercent à la campagne, j'ai eu à passer sous les fourches caudines du pharmacien de ma localité...

J'assistais dernièrement à la réunion de la commission administrative de notre société locale : tous les médecins présents n'avaient qu'une voix pour se plaindre de leurs pharmaciens. C'est à n'y pas tenir! Aussi tous approuvaient-ils hautement la mission que le *Concours* a entreprise et vous pouvez compter bientôt sur un grand nombre d'adhérents.

A notre prochaine réunion de la société locale, nous avons mis à l'ordre du jour : *Rapports à établir entre médecins et pharmaciens.*

De l'est, passons à l'extrême ouest ; un de nos confrères de Saint-Nazaire tient un langage analogue.

« Je suis de l'avis du Dr Wackenthaler ; la pharmacie nous tue ; il n'y a guère qu'à Paris que le médecin soit quelque peu indépendant du pharmacien. »

Arrêtons immédiatement notre confrère pour l'assurer que si le mal est un peu moindre à Paris qu'ailleurs, il n'en est pas moins très sensible : nous n'en voulons pour témoin qu'un des rédacteurs du Concours qui nous racontait naguère les tours que ne cesse de lui faire le *pharmacien du coin.*

« Le pharmacien critique les ordonnances, effraie le malade par des sous-entendus malveillants ou affecte de ménager sa bourse. — Ecoutez cette conversation : «Je n'aime pas voir cette signature au bas de l'ordonnance — Pourquoi donc? — Parce qu'au lieu du sirop que je prépare et qui vous coûterait cinq francs, il vous prescrit le sirop de *** qui vous coûte 6 francs... Ce médecin-là ruine ses malades ! »

Le client se plaint-il du prix trop élevé des médicaments ? — « Que voulez-vous ? Ce médecin-là ne sait pas soigner ses malades avec les remèdes à bon marché !»

Et notre confrère termine :

On nous demande de quelle somme cet exercice illégal réduit nos recettes ? Nous pouvons répondre hardiment : de moitié ! Le seul remède à un tel état de choses est *la faculté donnée à tout médecin de délivrer lui-même à ses malades les médicaments de son choix*, sans toutefois avoir le droit de tenir officine ouverte, *et cela, non-seulement dans les endroits où il n'y a pas de pharmacien, mais partout.*

Il y aura abus, objecte-t-on — je ne le crois pas, car si le médecin vend trop cher, s'il donne trop de médicaments, si ses médicaments sont de qualité inférieure... il se fera tort à lui-même. Il aura donc tout intérêt à prescrire bien et bon et il n'aura plus la ressource de dire que le médicament ne valait rien.

On parle de responsabilité, de contrôle. On peut obliger le médecin à laisser à son malade l'ordonnance écrite comme par le passé, à tenir un registre copie d'ordonnances, etc...

Un examen spécial paraît-il nécessaire ? Qu'on l'impose au médecin qui veut fournir les médicaments. De cette façon le public ne dira plus, comme il dit si vo-

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14.

lontiers : « *Les médecins ne font évidemment pas les mêmes études que les pharmaciens, mais les pharmaciens font les mêmes études que les médecins.* »

Les pharmaciens jetteront les hauts cris — cela ne change guère à ce qui existe, et d'ailleurs ne pourrons nous leur dire : « *De quoi vous plaignez-vous? Vous avez le droit de consulter, de délivrer à votre aise tous les médicaments, droit que vous n'aviez pas et auquel vous deviez beaucoup tenir si nous en jugeons par ce que vous faisiez et par les réclamations mêmes que vous adressiez au législateur ? Il était juste que nous eussions une compensation : nous délivrons les médicaments à nos malades.* »

Notre confrère nous paraît être absolument dans le vrai quant aux plaintes qu'il formule et quant au remède qu'il propose, aussi n'admettons-nous personnellement en aucune façon les vœux qu'émettait le congrès de 1845 dans sa séance du 11 septembre (présidence de M. Serres) :

1° Toute annonce, par la voie des journaux, brochures, affiches, prospectus ou autrement, ayant pour but d'indiquer au public un traitement médical spécial, ou bien le débit d'une préparation ou composition médicamenteuse quelconque, est interdite.

2° L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est formellement interdit.

3° Les médecins, chirurgiens, officiers de santé *établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacie ouverte* sont autorisés à porter à leurs malades, *à la distance de huit kilomètres au moins d'une pharmacie ouverte*, les médicaments les plus indispensables, mais sans pouvoir les préparer ni les vendre.

Ces vœux pouvaient convenir en 1845, nous ne craignons pas de dire qu'en 1881 ils sont absolument insuffisants. Le temps des privilèges est passé... peut-être conviendrait-il d'essayer de la liberté !

Nous terminons cette première partie de notre étude : nous espérons que nos confrères voudront bien continuer à nous fournir les documents qui peuvent nous éclairer. Qu'ils sachent bien que des pétitions se signent parmi les pharmaciens, que tous leurs journaux entrent en campagne et qu'une entente absolue de tous les nôtres est plus que jamais nécessaire !

Nous reviendrons plus tard sur tous ces documents et, affirmant encore notre droit de prendre la parole dans la question de l'exercice de la pharmacie, nous exposerons les projets qui nous sembleront conformes à la dignité et à l'intérêt de tous.

B.— Le médecin contribuable

Les médecins sont assujettis à l'impôt de la patente : ils ne l'ont pas toujours été.

Les lois des 2-17 mars 1791 et 1er brumaire an VII leur avaient imposé la patente ; la loi du a25 vril 1844 les en avait au contraire exemptés. Enfin la loi du 18 mai 1850 la rétablit définitivement. Le rapporteur reconnut bien que les professions mentionnées au *tableau G* additionnel étaient loin d'être aussi lucratives qu'on se plaît à le dire et qu'elles étaient grevées de charges très-lourdes, mais cette considération ne parut pas assez puissante pour autoriser le privilége de l'exemption de cet impôt.

Ces professions, parmi lesquelles figurent celles de docteur-médecin et d'officier de santé, furent, dès l'origine, assujetties au seul droit proportionnel sur le taux des loyers ; mais ce droit fut élevé au quinzième.

C'est encore le système qui nous régit.

La jurisprudence a de plus établi un certain nombre de règles qu'il importe de mentionner :

Le médecin imposé à la patente dans la commune où il réside habituellement, doit être en outre imposé à raison de l'habitation meublée qu'il occupe dans une autre commune où il exerce temporairement.

Le médecin qui, outre le logement qu'il possède pour l'exercice de sa profession, a, dans une commune voisine, une habitation dont il fait sa résidence principale et habituelle, doit être imposé à raison du second local comme à raison du premier.

L'exercice de la profession médicale seul est assujetti à la patente, le médecin qui n'exerce plus doit donc en être exempté, fût-il établi qu'il a suppléé accidentellement son fils pendant une absence, *des faits accidentels ne pouvant constituer l'exercice de la profession de médecin.*

Il y aurait sans doute beaucoup à dire sur l'assimilation aux commerçants d'individus que, dans tout autre cas, la loi déclare *non commerçants* mais nous ne devons nous bercer d'aucune illusion, nous n'avons rien à espérer de ce côté.

Nous payons patente et dans l'avenir nous paierons patente, cela ne doit faire l'objet d'aucun doute : il ne nous servirait absolument à rien de réclamer à ce sujet.

Nous n'insisterions pas, par conséquent, si quelques confrères n'avaient mis en avant divers projets faisant du médecin un véritable fonctionnaire public. Il est certain que, si jamais pareil état de choses venait à être admis, le médecin serait fondé à réclamer la suppression de la patente. Encore ne faudrait-il pas qu'il eût comme le notaire, par exemple, le caractère d'officier public !

Mais comme de toutes les calamités qui peuvent frapper le corps médical, nous n'en voyons pas de pire que le fonctionnarisme, nous avouons ne nous associer en aucune façon à une telle revendication.

On a réclamé, d'autre part, le retour aux disposition de la loi de brumaire et du décret de l'an XIII ; on y lisait :

Ne sont pas assujettis à la patente les médecins attachés aux armées, aux hôpitaux et au service des pauvres, par nomination du gouvernement ou des autorités constituées.

Cette exemption, partielle d'ailleurs, avait été vivement critiquée au temps où elle était en vigueur : « c'était, disait-on, un privilége qui profitait, non à des médecins voués exclusivement au service des pauvres, mais à des médecins qui trouvaient le plus souvent dans la nomination qui les attachait à tel ou tel établissement un avantage réel pour leur clientèle particulière. » Il ne nous semble donc pas bien utile de la faire figurer dans nos cahiers.

L'Etat, les administrations diverses, les communes, les bureaux de bienfaisance n'ont déjà que trop de tendance à nous marchander quelques centaines de francs sous le prétexte que nous trouvons honneur et profit indirect à la fonction qu'ils nous confient, que serait-ce si l'exemption de la patente venait s'y joindre ?

Payons patente puisque tous doivent participer

aux charges de l'impôt, nous n'en serons que plus libres dans nos autres revendications ; nous ne serons pas des privilégiés qui réclament une faveur, nous serons des citoyens soumis au droit commun et réclamant pour eux le droit commun.

C'est ainsi, par exemple, que nous devons réclamer au sujet de *la taxe sur les voitures et les chevaux* établie par la loi du 2 juillet 1862 et modifiée par la loi du 23 juillet 1872.

Examinons l'avis qui se trouve au verso de notre *avertissement*, nous lisons :

Ne sont passibles que de la demi-taxe : les voitures suspendues destinées au transport des personnes et exclusivement employées au service de l'agriculture ou d'une profession donnant lieu à l'imposition des droits de patente ; les chevaux de selle, exclusivement employés au même service ; les chevaux servant à atteler les voitures ci-dessus.

La réduction à la demi-taxe n'est pas accordée aux voitures et chevaux des patentables rangés dans le tableau G annexé à la loi du 18 mai 1850 et dans les tableaux correspondants annexés aux lois subséquentes.

On conviendra bien que, si nous ne le réclamons pas de priviléges en notre faveur, nous avons quelque droit à repousser des priviléges qui sont à notre détriment. Nous sommes patentables, que les dispositions particulières aux patentables nous soient appliquées !

Pour que la demi-taxe soit applicable, il faut que les chevaux et voitures soient exclusivement employés au service de la profession, que craint-on donc ? Les répartiteurs des communes ne savent-ils pas discerner l'abus quand il s'agit d'un médecin aussi bien que s'il s'agit d'un cultivateur ?

Et d'ailleurs ne sait-on pas que le médecin véhiculé toute la journée cherche d'autres distractions, s'il a un moment de repos, que la promenade en voiture ?

Si nous avons chevaux et voitures, ce n'est pas par agrément, ot tout le monde reconnait que c'est presque toujours pour nous une nécessité professionnelle, pourquoi donc faire une exception contre nous ?

Là se bornent les réclamations que nous pouvons faire en matière financière. Ce n'est pas que nous trouvions nos charges trop légères, mais nous nous heurtons à une fatale nécessité et, sous peine de compromettre nos revendications légitimes, nous devons savoir les proportionner à ce qui peut nous être accordé. L'opportunisme n'est pas une chimère !

Dr A. Gassot, de Chevilly (*Loiret*).

III

Les médecins des chemins de fer

Monsieur le directeur,

Souvent les compagnies de chemin de fer nomment comme leurs médecins des confrères qui ne résident pas dans une localité située sur la section dont il aurait à soigner les employés : de telle sorte que si l'un d'entre eux tombe malade, il peut rester un deux et même trois jours sans recevoir de soins médicaux. S'il s'agit d'un accident, d'une maladie grave, on va en toute hâte quérir le médecin du pays qui s'empresse de prodiguer ses soins au malade. Deux ou trois jours après arrive le docteur de la compagnie ; il examine son client, approuve ou désapprouve le traitement, délivre une ordonnance et part en disant : je reviendrai demain ou après demain. N'ayant pas été prévenu le médecin va voir son malade qui le plus souvent habite une maisonnette située à deux, trois ou quatre kilom. de sa résidence. Il apprend ce qui s'est passé et cesse ses visites. Mais les trois ou quatre visites qu'il a faites, qui les paiera ?

Si c'est un enfant qui tombe malade, il n'a pas droit aux soins médicaux ; l'humble employé sachant que le médecin de la compagnie qui est éloigné ne se rendra pas à son appel est forcé de s'adresser à celui de la localité voisine. Mais quand celui-ci fait présenter sa note, le mandataire retourne sans argent (dans quatre ans j'ai perdu environ 300 fr.) Que faire ? poursuivre, faire saisie sur les appointements ! Alors il faut avancer de l'argent et si l'employé est renvoyé, le médecin a, on peut le dire, perdu son temps et son argent.

Pour parer à tous ces inconvénients, il faut que les médecins du chemin de fer soient choisis parmi ceux qui habitent des localités situées sur la ligne et que les sections à desservir se trouvent limitées aux rayons où ils exercent.

Quant aux honoraires, on arriverait, je crois, facilement à s'entendre : libre parcours de tel à tel endroit, permis pour un voyage, ou tout au moins demi-placée. Cette dernière faveur étant accordée aux ordres religieux pourrait bien l'être aux médecins.

Agréez, etc. Dr Z. 768. Gard.

La question que soulève notre confrère nous a été déjà posée par M. le Dr P. qui nous avait promis des éléments de discussion. Nous venons lui rappeler son engagement.

IV

Monsieur le directeur,

Depuis la fondation du *Concours Médical* je suis avec le plus vif intérêt le développement de ses idées.

D'abord abonné, je viens aujourd'hui vous demander de me comprendre au nombre des membres participants.

Combien vous rendez service aux jeunes médecins ! Il faut être seul, isolé de ses confrères, loin de sa famille et de son pays natal, pour comprendre tout ce qu'il y a d'excellent et de pratique dans le *Concours*.

Ce sont ces questions pratiques si importantes qui ont effarouché certains de nos confrères ; mais ils viendront au Concours, après mûre réflexion. Les jeunes, surtout, savent vous apprécier, car ils peuvent encore s'indigner et essayer de lutter ; le côté pécuniaire, voilà la grande plaie du corps médical, si j'en juge d'après la confession de presque tous nos jeunes confrères. Et il faudrait toujours souffrir en silence, cacher soigneusement sa misère à tous les yeux, (*morituri te salutant*), on n'est pas plus Romain.

Mais il vaut mieux sans doute essayer de se secourir et grâce à l'association nous arriverons à de sérieux résultats.

Influence du Concours : quelques médecins du Hâvre se sont réunis, ils m'ont adressé une circulaire ; ils vont demander 12 et 15 francs au lieu des quatre alloués par an et par enfant pour l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine-Inférieure. J'ai signé des deux mains et peut-être arriverons-nous à quelque chose. Eh bien ? seul je ne pouvais rien faire, je n'aurais su que gémir et récriminer ; la lecture du *Concours* fait que, quoique ne connaissant aucun des médecins signataires de la circulaire, je leur envoie mon adhésion ; je fais de la confraternité, de l'association. Mon prédécesseur aurait peut-être dit : de quoi se mêlent-ils ? que veulent-ils faire ? n'est-ce pas folie d'essayer d'obtenir quelque chose de l'administration ? ne la connaissent-ils donc pas ? et il n'aurait pas répondu. Et l'administration aurait exalté le dévouement des médecins ; ceux-ci n'auraient pas

été payés; *inde fames*, et les administrateurs auraient été décorés, etc., etc. pour avoir su faire tant de bien avec de si minimes ressources.

23 mars 1881. Dr Charayron.

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Résection de l'estomac, par T. H. Billroth *(Gazet. médic. hebd. de Vienne)*.

Nous extrayons d'une lettre qu'écrit le professeur Billroth au docteur L. Wittenhœfer, les détails suivants sur une résection de l'estomac qu'il a faite et qui s'est heureusement terminée.

Une femme de quarante-trois ans, d'apparence pâle, mais autrefois bien portante et bien nourrie, mére de huit enfants vivants, fut atteinte le 10 octobre 1880 de vomissements presque subits. Bientôt se déroulérent tous les symptômes d'un carcinome de l'estomac avec rétrécissement du pylore. Dans les six derniéres semaines, vomissements continus, insuffisance manifeste de l'alimentation, pâleur et maigreur considérables, pouls petit, fréquent; le petit lait est la seule substance que la malade conserve quelque temps et qui l'empêche de mourir de faim. Comme préliminaires de l'opération on habitue la malade à des lavements de peptone et des lavages de l'estomac.

La tumeur mobile située à droite et se dirigeant en haut, paraît de la grosseur d'une pomme de moyenne taille. Incision transversale de 8 centimétres à travers la paroi abdominale amincie; difficulté d'isoler la tumeur à cause de sa dimensiou; c'était un carcinome bosselé et infiltré du pylore et du tiers inférieur de l'estomac. On détruit les adhérences avec l'épiploon et le colon transverse et on sépare attentivement le grand et le petit épiploon. Ligature des vaisseaux avant leur division, hémorrhagie insignifiante. La tumeur apparaît dans son entier sur la paroi abdominale. Incision à travers l'estomac en arrière, à un centimétre du tissu infiltré, incision pareille à travers le duodénum.

En essayant d'affronter les deux incisions on voit la possibilité de la réunion. Six points de suture par le bord des plaies, les fils ne sont pas liés mais servent à maintenir les bords libres dans la même situation. On prolonge l'incision à travers l'estomac diagonalement de haut en bas et de dedans en dehors de façon à rester toujours à un centimétre du tissu infiltré. Réunion du bas en haut des parois stomacales coupées diagonalement jusqu'à ce que l'ouverture semble pouvoir s'adapter à celle du duodénum. On enléve complétement la tumeur par une incision du duodénum parallèle à celle de l'estomac et semblable à celle d'une amputation ovalaire, en ayant soin de rester toujours à un centimétre des tissus malades. On enchâsse exactement le duodénum dans l'ouverture de l'estomac. En tout, cinquante points de suture avec la soie phéniquée de Czerny. Lavage avec la solution phéniquée à 2 p. 0/0.

On contrôle les points de suture et on en place de nouveaux aux endroits qui paraissent faibles. Ou rentre les viscères dans la cavité abdominale et ou ferme la plaie du ventre. Pansement. En tout, avec l'anesthésie lentement obtenue, l'opération a duré une heure et demie. Aprés l'opération, pas de syncope, pas de vomissement, pas de douleur. Dans les premières vingt-quatre heures on ne donne rien que de la glace par la bouche, ensuite lavements avec peptone et vin. Le jour suivant, toutes les heures, ensuite toutes les demi-heure, une cuillerée à bouche de petit lait. La malade se trouve bien, repose la nuit, pas de douleur dans la plaie, réaction fébrile de moyenne intensité. On abandonne les lavements à cause d'un certain degré de tympanite; un peu de vin, deux à trois fois par jour. Selle jaunâtre, semi-liquide comme chez les nourrissons. Pouls calme, plein. La partie enlevée mesure 14 centimétres dans la grande courbure; à peine peut-on passer un tuyau de plume à travers le pylore. L'opération n'a pas sensiblement altéré la forme de l'estomac, il est seulement plus petit qu'auparavant. Dix jours aprés, l'opérée se trouve bien et n'a plus de fièvre.

*
* *

Contribution à la toxicologie de la morille. « *Helvella esculenta.* » *D'aprés des observations faites sur l'homme*, par le Dr Auguste Maurer, à Erlanger.

Le docteur Maurer s'appuie sur une série d'empoisonnements observés aprés une ingestion de morille. Dans une famille composée de neuf personnes, trois n'éprouvérent rien, trois furent légérement malades, un gravement, deux moururent, « une jeune fille de seize ans et un garçon de huit. » On avait lavé à l'eau froide les champignons, qui avaient été ensuite étuvés et consommés en deux fois. Dans deux autres familles les mêmes champignons cuits à l'eau chaude et mangés de suite ne donnèrent lieu à aucune manifestation morbide. Les symptômes de l'empoisonnement furent les suivants : vomissements, dilatation des pupilles, ictère; chez ceux qui furent plus malades et ceux qui moururent, perte de connaissance, raideur tétanique des extrémités, trismus, convulsions. L'autopsie du petit garçon douna : relâchement et hypérémie de la muqueuse de l'estomac et de la partie inférieure du tube digestif, sang noir et fluide, hypérémie du cerveau, du foie, des reins et de la rate. Celle de la jeune fille : ramollissement gélationiforme, étendu, de l'estomac, gonflement emphysémateux partiel et relâchement de la muqueuse stomacale, sang noir et fluide, dégénérescence graisseuse du foie, hypérémie des reins et de la rate.

L'auteur remarque qu'on ue peut ici invoquer comme cause d'empoisonnement le mélange d'autres substances toxiques ou la confusion avec un autre champignon vénéneux.

Les accidents ont été causés par la préparation défectueuse « sans coction » des champignons. Les mêmes symptômes se produisirent chez des chiens auxquels le Dr Bostram donna des morilles cuites; vomissements, ictère, hémoglobinurie, albuminurie, faiblesse, lassitude, convulsions. Le chien est très sensible au poison de la morille, l'homme, au contraire, paraît présenter une grande tolérance. Le résumé de l'auteur établit que : 1o Il n'est pas encore démontré que la jeune morille fraîche contienne du poison comme partie intégrante, ni que le poison ne soit pas un produit de la période régressive du champignon; 2o Les essais faits jusqu'ici montrent que toutes les décoctious de morilles communes sont suspectes et contiennent du poison; 3o Chez l'homme, la morille n'est que rarement dangereuse et dans des circonstauces particuliéres. Celles qui sont vieilles et plus que mûres sont seulement vénéneuses, plus spécialement quand elles ont été épluchées et abandonnées à l'air

pendant quelques heures. On peut alors les reconnaître à la simple vue « *anciennement helvella suspecta,* » les jeunes ne sont pas nuisibles; 4° La façon différente dont le poison se comporte avec l'homme et le chien, ne s'applique que par une susceptibilité particulière à chaque espèce. L'homme n'est sensible qu'à de hautes doses de poison et encore pas toujours; le chien toujours, même pour de petites doses et d'une façon très intense pour les doses plus fortes; 5° Les symptômes morbides sont les mêmes chez l'homme et le chien, excepté l'hémoglobinurie et l'albuminurie qui n'existent que chez le dernier. 6° Le poison de la morille est soluble et volatilisable par l'eau chaude.

(Traduit de la « Deutsche Medizinal-Zeitung. »)

Dr Fischer.

COURRIER

Entérite infantile grave guérie par la diète hydrique (Voir *Concours médic.* no 5, p. 56).

Le 15 janvier dernier, j'ai procédé à l'accouchement d'une jeune femme saine et vigoureuse parvenue sans accident au terme de sa grossesse : l'enfant était une petite fille bien constituée et pleine de vie. La mère ne voulant pas la nourrir, on la met au biberon ; lait de vache coupé avec un quart d'eau sucrée.

Pendant une semaine, l'enfant vient très bien : excellent sommeil; selles jaunes, bien liées.

Tout à coup, le huitième jour, la scène change brusquement : l'enfant pousse des cris incessants ; les selles sont vertes, fréquentes ; sommeil nul.

Appelé par les parents, je diminue la quantité de nourriture ; et, pendant quelques jours, je soumets la petite malade au traitement usité en pareil cas : eau de riz, sous-nitrate de bismuth et lavements d'amidon. J'administre même le bromure pour apaiser les coliques et procurer un peu de sommeil : je n'obtiens aucun résultat et l'enfant paraissait bien n'avoir plus que quelques heures à vivre.

C'est alors que je me détermine à soumettre l'enfant à la diète hydrique : quelques cuillerées à café d'eau froide tous les quarts d'heure. Dès ce moment, les selles s'épaississent et diminuent de fréquence; leur couleur verte disparait et le sommeil revient. Le troisième jour seulement j'ajoute à l'eau froide quelques gouttes de lait et progressivement j'augmente la quantité de lait, pour revenir à la proportion primitive : le cinquième jour de ce traitement, l'enfant était hors de danger.

Dr Suillet.

Nous avons grand plaisir à enregistrer ce nouveau succès dû à la méthode du Dr Luton. Nous croyons en effet que cette méthode est appelée à rendre de grands services dans les cas les plus graves et c'est pour ce motif que nous l'avons signalée à l'attention de nos confrères. L'intéressante communication du Dr Suillet vient à propos pour confirmer notre opinion et convaincre nos lecteurs.

Dr J. G.

* * *

Dystocie causée par la présence d'une tumeur intra-pelvienne (Voir *Concours médical,* no 10, p. 119).

Dans le numéro du 5 mars, page 119, après une observation de rupture transversale de la paroi antérieure du vagin, empruntée à la Presse médicale belge et à la Gazette des hôpitaux, M. le Dr Geoffroy ajoute :

« Ceux de nos lecteurs qui se rappelleront le travail de M. le Dr Poulet se demanderont si la version pratiquée à temps, comme le conseille notre confrère, n'eût pas sauvé la malade. »

L'observation du journal belge n'est pas assez explicite pour qu'on puisse dire si la version aurait été utile. M. le Dr Poulet dit en effet que, dans les cas de tumeurs intra-pelviennes, l'accoucheur est conduit à pratiquer la version quand les efforts de la nature sont impuissants et que les conditions ne paraissent pas fâcheuses pour apporter un obstacle absolument infranchissable. Dans le fait sur lequel il s'appuie, il s'agissait d'un fibrôme qui se ramollit considérablement pendant le travail. Or, dans le cas relaté par la Presse médicale belge, la tumeur fibro-cartilagineuse s'était-elle ramollie et permettait-elle d'exécuter la version? L'observation ne le dit pas, il semblerait même que le néoplasme n'a été diagnostiqué qu'à l'autopsie. Comment songer alors à la version? (Il va sans dire que je n'ai lu que l'article du *Concours* et qu'il y a peut-être plus de détails dans le journal belge.)

Dans son intéressant travail, le Dr Poulet dit que « de la version il n'est question nulle part, si ce n'est pour la blâmer sans restriction. » On trouve pourtant :

1° Dans Nægelé, 2e édit. « Si un polype d'une grosseur moyenne retarde trop l'accouchement, il faut appliquer le forceps ou faire l'extraction par les pieds. »

2° Stoltz, dans son art. Dystocie, du Dictionnaire de Jaccoud, dit qu'en cas de tumeurs dures, irréductibles, volumineuses, on applique le forceps ou on fait la version, l'embryotomie ou l'opération césarienne.

3° Cazeaux et Tarnier (Traité d'accouchements, 9e édit.) disent page 732, « que la version pelvienne, conseillée par quelques accoucheurs, ne pourrait être pratiquée que dans les cas où la longueur du pédicule laisserait à la tumeur une grande mobilité et permettrait de la repousser au-dessus du détroit supérieur. »

Tous ces auteurs admettent donc la version, mais ne font pas ressortir ses avantages comme le fait M. Poulet en tenant compte du ramollissement de la tumeur et de la fonction de coin que remplit le fœtus en se présentant par l'extrémité pelvienne.

La version nous parait utile, mais à notre avis, ce n'est qu'auprès de la parturiente qu'on peut se prononcer en faveur de cette opération plutôt que d'une autre. Ses résultats ne sont pas toujours meilleurs que ceux du forceps. Nous lisons en effet dans le Traité d'accouchements de Cazeaux et Tarnier, 9e édit.

« Sur 42 cas graves de tumeurs fibreuses de l'utérus que j'ai pu réunir et dans lesquels l'accouchement était empêché par la présence de ces tumeurs au niveau du détroit supérieur et dans l'excavation, j'ai compté 13 guérisons et 27 femmes ont succombé; pour 2 autres, la terminaison est incertaine. Ces 42 cas sont ainsi répartis :

Accouchement spontané	8 cas.	6 guérisons.
Forceps	6 —	2 —

Version	6	—	2	—	
Accouchement prématuré	1	—	1	—	
Embryotomie	1	—	1	mort.	
Enucléation	1	—	1	—	
Opération césarienne	14	—	2	guérisons.	
Mort avant l'accouchement	5	—			

Dr Raymond.

Nous ne répondrons qu'un mot à la note intéressante de notre excellent confrère. L'observation que nous avons rapportée dit explicitement : « *La malade mourut.... et la version fut immédiatement pratiquée*.» Sur quoi nous avons cru pouvoir faire remarquer que, si la version avait été possible *immédiatement après la mort*, peut-être aurait-elle pu être *tentée* plus tôt, pour le plus grand bien de la malade. D'ailleurs nous avons reçu du Dr Poulet un second mémoire, dans lequel cette question si intéressante est reprise et développée. Nous publierons incessamment ce nouveau travail et notre confrère verra qu'il est en complète communion d'idées aussi bien avec l'auteur qu'avec nous-même.

Dr J. Geoffroy.

***

Le traitement de la diphthérie. (V. *Concours médical* no 8, page 95).

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical,*

En lisant dans le no 8 (page 95) de votre estimable journal un article de la Revue de la presse française, intitulé: *Les Microbes*, j'y trouve ces lignes : « En conséquence de cette « découverte, le professeur Schulz indique qu'il « fait usage du traitement qui a été préconisé « par le Dr Viart (de Montbard) dans la séance « du 9 avril dernier. »

Ce traitement indiqué par M. Viart, le 9 avril dernier, entre pour moi dans sa *sixième* année de succès !

Je l'ai déjà communiqué à la société médicale des Bureaux de Bienfaisance en 1877. (Voir au bulletin de la société médicale des bureaux de bienfaisance, année 1877, page 98.)

Ce traitement était déjà fait par mon père depuis de longues années.

Voir également :

Traitement de l'angine couenneuse, 1877. A. Delahaye. Journal de la Polyclinique, 23 mars 1879. Enfin travail lu le 24 novembre 1880 à la société de thérapeutique de Paris.

Cet ouvrage a été présenté à l'Académie de Médecine par M. Constantin Paul, qui a revendiqué pour moi la *priorité* sur M. Viart et sur le professeur Schulz (séance du 28 décembre 1880). Voir Traitement de l'angine couenneuse. Adrien Delahaye, 1881.

Il est donc impossible, monsieur et très distingué confrère, de parler du traitement de l'angine par les *Grattages* sans faire mention de mes travaux et de leur priorité sur MM. Viart et Schulz.

Enfin mon traitement phéniqué (acide phénique pur) vient répondre également aux données de M. Pasteur.

... science comme dans celui de la vérité, insérer cette rectification qui comble la lacune laissée par votre collaborateur.

Agréez, etc. Dr Beurnier de Bournonville.

Nous insérons bien volontiers la communication de notre honorable confrère. Nous nous permettrons cependant de lui faire remarquer que, dans notre article dont le titre était : *Des microbes*, nous ne faisions pas l'historique des différents procédés de traitement opposés à la diphthérie; nous ne voulions que signaler la découverte d'un *microbe nouveau* et ce n'est qu'incidemment que nous avons été amené à parler du *grattage* comme d'un procédé dont la nouvelle découverte expliquait l'action, et que M. le professeur Schulz adoptait justement pour ce motif. Dr J. Geoffroy.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Luxation de l'épaule ; recourir d'abord aux procédés de douceur ; en cas d'insuccès, déployer une force suffisante ; quand la luxation est récente, elle est toujours réductible.

Quand une luxation date d'une époque assez éloignée, on conçoit les difficultés de la réduction. Mais, lorsque l'accident est récent, cette dernière est toujours possible. A tout prendre, ce n'est jamais qu'une question de force.

Un cas de luxation étant donné, il convient tout d'abord de recourir aux procédés dits *de douceur*.

Un bon moyen consiste à tirer de bas en haut le bras du blessé. A cet effet, un aide monte sur une table, près du malade assis sur une chaise. En même temps que la traction est effectuée dans le sens indiqué, le chirurgien, avec ses pouces, s'efforce de restituer la tête humérale dans la cavité glénoïde.

Un autre excellent procédé, c'est celui dit *du talon*. Si le chirurgien n'a pas une force suffisante pour opérer lui-même les tractions, il se fait suppléer par un aide vigoureux.

Quand les moyens de douceur sont insuffisants, il faut recourir à la force. Or, partout on trouve de l'assistance. Quand les hommes de bonne volonté ne manquent pas, on en utilise trois, quatre, cinq, six à la puissance : on en met autant à la résistance. Si ce luxe de bras fait défaut, on représente la résistance par une espagnolette, un crampon, une barre posée en travers d'une porte ou d'une croisée. Ce point fixe trouvé, on n'a plus qu'à donner aux tractions toute l'énergie nécessaire.

Si l'on voit si souvent échouer les tentatives de réduction de luxations récentes, c'est que le praticien, trop timide, n'a pas eu recours à une puissance assez considérable.

Ainsi que cela a eu lieu chez le malade opéré par M. Gosselin, il arrive quelquefois que la luxation à peine réduite se reproduit. Cela tient d'ordinaire à une large déchirure de la capsule. Il faut remettre en place la tête humérale et appliquer aussitôt un bandage approprié, à l'effet de prévenir un nouveau déplacement. Le bras doit être fortement ramené en dedans; la main est portée sur l'épaule saine. L'organe est maintenu dans cette situation, non par une écharpe, mais par une longue bande, qui rend tout déplacement impossible.

(*Rev. de thér. méd. chir.*)

Le Directeur-Gérant: A. Cézilly.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

16 Avril 1881 — 3me Année. — No 16

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. le Dr *Fauvel* a pris la parole pour répondre à l'argumentation de M. Depaul, et il nous semble avoir placé la discussion sur son véritable terrain. Il y a en effet, dans cette question de la vaccination obligatoire, deux points de vue différents à considérer : le premier consiste à examiner si, *médicalement parlant*, la vaccination et la revaccination sont d'un intérêt public assez considérable pour qu'on doive désirer de les voir rendues obligatoires. — C'est la seule question qui a été et la seule qui pouvait être posée à l'Académie de médecine. — Le second point de vue, qui embrasse toutes les questions de *liberté individuelle*, *d'autorité des pères de famille* ou de sanction générale, est purement *politique* et, sortant de la compétence de l'Académie, appartient en propre au Parlement. La commission s'est renfermée dans le sens médical de la question posée à l'Académie ; M. Depaul n'a pas gardé la même réserve.

Pourquoi donc, étant d'accord avec la commission sur l'utilité de la vaccination et de la revaccination, fait-il opposition à la loi ? C'est que, dit-il, il ne veut pas qu'au nom de l'intérêt public une loi puisse imposer même un bienfait. Il regarde la liberté individuelle comme souveraine en pareille matière.

La commission, par l'organe de M. Blot, a combattu cette étrange doctrine.

Oui, sans aucun doute, ajoute M. Fauvel, il serait contraire à la liberté individuelle bien comprise d'obliger un individu à se faire vacciner, s'il n'en pouvait résulter qu'un préjudice pour sa personne ; mais il n'en est plus de même si l'abstention fait courir des dangers à la société au milieu de laquelle vit l'individu qui s'abstient. La seule question qui doive préoccuper l'Académie est celle de savoir si, au point de vue médical, l'intérêt public attaché à la vaccination est assez considérable pour motiver une restriction à la liberté individuelle, c'est-à-dire une obligation légale.

L'honorable académicien ne pense pas que, le problème étant ainsi posé, il puisse rester le moindre doute parmi ses collègues. Quant à se prononcer sur les moyens extra-médicaux qu'il pourrait être utile d'inscrire dans le projet de loi, pour assurer l'obligation, cela ne regarde que les *juristes du Parlement*. Or c'est justement sur ces moyens extra-médicaux, dont l'appréciation échappe à la compétence de l'Académie, qu'a porté tout entière l'argumentation de M. Depaul. Opposant ensuite l'impossibilité d'appliquer l'obligation prescrite par la loi dans l'état actuel du service de la vaccine en France, — et, à ce propos, il a tracé l'exposé peu flatteur de la manière dont la vaccination est pratiquée dans certains départements, — il a indiqué, avec les nombreux *desiderata* du service de la vaccine, les améliorations qu'il réclame depuis longtemps, et il a insisté sur le manque de fonds, et sur les allocations dérisoires accordées par l'Etat ou par les départements en faveur de ce service.

Comment se peut-il que M. Depaul tire de ces faits une conclusion contraire à l'obligation ? C'est qu'il suppose, bien à tort, que l'obligation édictée par la loi laissera le service de la vaccine dans

l'état défectueux et insuffisant où il se trouve actuellement. Or, M. Fauvel admet, au contraire, que les améliorations réclamées dans le service de la vaccine sont le corollaire rigoureux de l'obligation légale et que celle-ci ne saurait être appliquée sans avoir été préalablement rendue applicable. Mais, en pareille matière, il importe avant tout de poser le principe fondé sur l'intérêt public, pour en déduire ensuite la conséquence obligée, c'est-à-dire les moyens d'exécution.

M. Fauvel conclut en ces termes :

« Le Gouvernement demande à l'Académie si elle est d'avis que la vaccination et la revaccination soient d'un intérêt public assez considérable pour être rendues obligatoires.

« Votre commission, moins un de ses membres, a répondu sans hésitation par l'affirmative, en restant dans les limites de sa compétence, c'est-à-dire sur le terrain médical, et en laissant aux juristes le soin de déterminer jusqu'à quel point et par quels moyens l'obligation est applicable.

« A l'appui de son opinion sur l'intérêt de premier ordre qui s'attache à la vaccination, elle a vu, dans l'obligation individuelle, l'obligation corrélative, pour les pouvoirs publics, de rendre la vaccination d'un accès facile à tous et d'en entourer l'application de toutes les garanties désirables.

« La commission a indiqué les principales réformes à accomplir et a montré que, moyennant un crédit convenable, il serait facile, à bref délai, d'opérer ces réformes. A ses yeux, c'est la condition *sine quâ non* de l'application de la loi.

« Vous avez entendu l'exposé des motifs pour lesquels M. Depaul a refusé de s'associer aux conclusions de la commission, et vous avez remarqué que ces motifs sont tous tirés de considérations étrangères à la question posée à l'Académie et à la compétence de M. Depaul. Nous avons la persuasion de les avoir victorieusement combattus, d'avoir montré l'incohérence des arguments invoqués par notre collègue, et comment, sous l'empire d'une idée malheureuse, il en est venu à y sacrifier ses convictions médicales, c'est-à-dire les bienfaits de la vaccine.

« C'est pourquoi, sans insister davantage, et tout en regrettant de n'avoir pas le concours de notre éminent collègue, je suis convaincu que l'Académie passera outre et adoptera, pour ainsi dire par acclamation, la réponse favorable proposée par la commission à la demande du Gouvernement.

M. *Jules Guérin*, qui prend ensuite la parole, cherche à démontrer que la mesure proposée de rendre la vaccine obligatoire n'est pas seulement *inutile, impraticable et attentatoire à toutes les libertés*, mais qu'elle est *contraire* encore *aux progrès de la science, aux prérogatives de la profession et à l'intérêt de la vaccine.* La commission a invoqué :

1° L'exemple des pays où la vaccine obligatoire a été proclamée;

2° Des Corps savants et des Congrès qui l'ont déclarée utile et l'ont réclamée;

3° Des statistiques qui en prouveraient les avantages.

A ces trois ordres de faits *pour*, on peut opposer autant d'ordres de faits *contre*.

1° Ni la Belgique, ni l'Italie, ni l'Espagne, ni la Hollande, ni la Russie, ni l'Autriche-Hongrie, ni les Etats-Unis n'ont adopté jusqu'ici la vaccine obligatoire.

2° Le dernier et tout récent Congrès des médecins allemands d'Eisnach (1879) l'a repoussée avec énergie. Le Conseil royal de santé d'Espagne, et, plus récemment encore, le congrès d'hygiène de Gênes (1880) l'ont déclarée inutile et contraire aux intérêts de la vaccine.

3° En ce qui concerne les statistiques invoquées, il n'est pas seulement possible et juste de leur opposer les statistiques contradictoires présentées par le docteur Glinzer au Congrès d'Eisnach, celle du docteur Oïdtmann (de Linnich), celle de Tebb (de Londres), celle de Vogt (de Berne); mais on peut encore facilement en montrer les insuffisances et les méprises.

La vaccine, dit M. J. Guérin, toute précieuse qu'elle est, n'a pas dit son dernier mot. Elle n'est qu'un remède transitoire, empirique. On s'occupe partout à découvrir son action mystérieuse et on s'ingénie à remédier à ses insuffisances. La vaccine n'est donc encore, dans l'évolution de l'idée scientifique à laquelle elle se rapporte, qu'un simple moyen prophylactique provisoire en face d'une terrible maladie dont on ignore la cause, et par conséquent, le véritable remède. Cette double recherche, — on ne saurait le méconnaître, — est une des préoccupations de notre époque, et il ne manque pas de praticiens déjà qui croient avoir trouvé le moyen de remplacer la vaccine, — qu'ils soupçonnent de certains méfaits, — par des méthodes arrivant plus directement, suivant eux, à expulser de l'économie le principe varioleux. Je n'ai pas besoin de le dire, il n'y a encore là que matière à présomptions, mais cependant un sujet d'études sérieuses, dont il n'est permis à personne de prévoir l'issue et dont nul n'a le droit de proclamer la stérilité absolue. Quant à moi, je crois fermement qu'on arrivera tôt ou tard à cette double conquête. Eh bien, une Académie qui a pour principe d'encourager le progrès peut-elle s'as-

socier à une déclaration, à une sorte de *veto*, qui aurait implicitement pour résultat de la placer en travers de l'avenir, d'arrêter la recherche de la vraie cause de la variole et du vrai remède à lui opposer, en proclamant l'obligation de s'en tenir à un remède empirique, déjà battu en brèche de bien des côtés? L'Académie, dans la souveraineté de ses lumières et de son indépendance, devrait donc considérer cette nécessité imposée aux populations et, indirectement, aux médecins, comme une barrière à la recherche scientifique et au progrès de la thérapeutique de la variole.

Mais allons plus loin. Le diplôme du médecin lui donne le privilége, c'est-à-dire le droit, de choisir ses remèdes, de les administrer quand et où cela lui convient; il ne relève que de la science et de sa conscience. Or, aujourd'hui déjà, beaucoup de médecins ne croient plus à la vaccine ; le nombre des hérétiques pourra augmenter encore; ceux-là ne voudront pas vacciner, ils dissuaderont leurs clients de faire vacciner leurs enfants. Qui leur enlèvera ce droit, et quelle justice entrera en conflit avec l'autorité du médecin pour juger entre son droit imprescriptible et l'obligation imposée à son client? Il ne s'agit pas encore de la liberté du citoyen livrée à l'arbitraire de la loi : c'est la liberté du médecin couvrant de sa volonté et de son droit la liberté de son client. Ainsi considérée, la vaccine obligatoire serait donc une atteinte à la liberté professionnelle, et une source de conflit perpétuel entre le droit du médecin et l'arbitraire de la loi. Il y a là matière à des contestations judiciaires, lesquelles ont déjà surgi dans les pays où la vaccine est obligatoire.

En consultant l'Académie, les grands pouvoirs de l'Etat ne se sont pas engagés à accepter sa résolution comme obligatoire. La Chambre pèsera nos motifs avec considération, avec respect; mais elle n'abdiquera pas devant notre opinion. Les hommes qui la composent, ayant différents ordres d'intérêts à défendre et à mettre d'accord, feront entrer en ligne de compte les charges considérables qu'imposerait au budget la mise en pratique d'un système dont les résultats ne lui paraîtraient pas proportionnés aux sacrifices qu'ils exigeraient.

Ajouterai-je, en terminant, dit M. J. Guérin, qu'avant de s'associer à cette mesure, à cette déclaration inusitée en faveur d'une institution qui aura un jour à compter avec les développements de la science, l'Académie fera bien de se rappeler l'histoire de l'émétique au XVIe siècle : l'arrêt de proscription demandé contre ce médicament par la Faculté de médecine au Parlement de France en 1566, et la réponse si sage et si prévoyante de ce grand corps?

Nous savons aujourd'hui ce qu'il est advenu de cette condamnation prononcée par la Faculté, et des réserves du Parlement. L'arbitraire pour la vaccine et l'arbitraire contre l'émétique ne diffèrent pas grandement : c'est toujours l'arbitraire. N'exposons donc pas la déclaration de l'Académie d'aujourd'hui à prendre place, dans l'histoire, à côté de celle de la Faculté de médecine d'autrefois.

Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Réflexions sur plusieurs cas récents de dystocie occasionnée par une tumeur intra-pelvienne, par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

La lecture de l'intéressante observation de rupture du vagin que le *Concours Médical* a rapportée dans le n° 10 (Revue de la presse française, page 119) m'a suggéré quelques réflexions que ses nombreux lecteurs n'ont pas manqué de faire eux-mêmes *in petto*, mais qu'il me paraît utile de formuler succinctement; afin qu'elles ne s'effacent pas de notre mémoire, si, par aventure, l'occasion se présente de les mettre à profit.

On voit, par la catastrophe déplorable qui a terminé ce long et si pénible travail, combien il importe de ne pas s'en tenir au diagnostic bien insuffisant de la présentation du fœtus, mais de rechercher minutieusement, dès que la durée du travail dépasse une certaine limite, ce qui rend l'accouchement laborieux et neutralise d'assez puissantes contractions utérines. Tant qu'on n'a pas découvert quelle est la véritable cause qui fait obstacle à l'engagement et à l'expulsion du fœtus, on ne saurait se flatter d'y apporter un remède rationnel et efficace.

Comme, en l'absence d'une présentation vicieuse, il s'agit, dans la très grande majorité des cas, d'un rétrécissement plus ou moins accentué, la première chose à faire est donc de s'assurer s'il y a, oui ou non, un rétrécissement quelconque. Avant tout, j'insiste, avec le plus grand nombre des accoucheurs, sur la nécessité de ne pas se borner à l'exploration des organes maternels à l'aide d'un ou de deux doigts, mais d'introduire sans hésiter la main tout entière.

Rien de plus facile que le diagnostic de la réduction du diamètre sacro-pubien, l'espèce la plus commune, à l'aide de la main, ou même du doigt, dans les cas de rétrécissement très prononcé. Mais si le rétrécissement n'existe qu'à un faible degré, ce moyen devient très incertain et ne fournit guère que des données par trop approximatives. C'est pourquoi j'estime que tout médecin accoucheur devrait *toujours* être muni d'un instrument propre à la mensuration exacte du bassin, le compas d'épaisseur de Baudelocque, par exemple. Il m'est arrivé, à deux reprises, dans ma pratique, de re-

gretter la ligne de conduite que j'avais cru devoir adopter. Eh bien! je confesse très humblement que j'aurais agi tout autrement si l'éloignement de mon domicile et l'urgence de l'intervention ne m'eussent pas empêché de faire chercher un instrument de mensuration, et si, à l'aide de ce dernier, j'eusse, au préalable, acquis la notion exacte du degré de rétrécissement.

Mesurer la saillie du promontoire est indispensable, mais cela ne suffit pas. L'observation si lugubre que le *Concours* a empruntée à la Presse médicale belge, montre qu'après avoir exploré le segment postérieur du bassin, il faut encore en parcourir avec soin le reste de la circonférence. Or pour bien s'assurer de l'état des organes en arrière du pubis, il convient de placer la femme sur les genoux et sur les coudes. Par malheur, l'accoucheur négligea cette sage précaution; aussi devait-il être et a-t-il été débordé par les événements.

Mais supposons que le diagnostic, au lieu d'être complété *post mortem*, eût été posé en temps utile. Qu'y avait-il à faire?

En général, quand on est en présence d'un rétrécissement, ce n'est pas à la version qu'il faut recourir. On risque trop de se heurter à des difficultés redoutables, parfois même insurmontables, quand, après l'extraction du tronc, la tête est retenue dans les organes maternels. Car alors, bien que la céphalotripsie soit encore indiquée et possible, elle est infiniment plus laborieuse que dans la présentation céphalique, et constitue une ressource extrême, une sorte de pis aller. Néanmoins, dans un article inséré dans la France médicale, en 1870, page 101 et suiv., j'ai établi le parallèle entre le forceps et la version et accordé la préférence à cette dernière opération, lorsque, la tête ayant des dimensions ordinaires, le diamètre rétréci atteint au moins 90 millimètres, ou qu'il en conserve 80 avec la tête exceptionnellement petite. Au-dessous de ces limites, la version est une détestable opération et n'a sans doute jamais été entreprise, en connaissance de cause, le fœtus étant vivant.

Dans le cas où l'enfant aurait déjà succombé, conviendrait-il de pratiquer la version, dans le but avoué de pratiquer la décollation du tronc et d'abandonner au besoin la tête dans le sein maternel? C'est le conseil que donne Jacquemier, voulant éviter à tout prix l'opération césarienne, quand celle-ci ne peut avoir pour résultat de sauver la vie de l'enfant. « Si, dit-il, la main pouvait pénétrer à travers le rétrécissement, il serait préférable de pratiquer la version et la décollation après la sortie du tronc. Alors après avoir perforé le crâne et s'être convaincu de l'impossibilité de son extraction immédiate, il faudrait attendre les effets du ramollissement des tissus pour rendre les os mobiles.

La femme courrait infiniment moins de chances de perdre la vie que si on avait pratiqué l'opération césarienne. » Voilà une conclusion à laquelle je ne saurais adhérer. C'est toujours une bien triste extrémité que de se retirer en renonçant à l'extraction de la tête, et, pour ce qui me concerne, je ne m'y résoudrais que si je ne pouvais absolument pas faire autrement. D'un autre côté, la gravité de l'opération césarienne peut être de beaucoup atténuée par la précaution suivante. Partant de cette donnée due à l'expérience, qu'elle réussit d'autant mieux que l'utérus se rétracte plus rapidement et plus complètement après l'extraction du fœtus, je donne le conseil formel de n'opérer qu'autant que les contractions utérines sont très-fortes et très-persistantes. Dans tous les cas, il importe de les entretenir par l'administration préalable du seigle ergoté; à plus forte raison ne doit-on pas négliger l'emploi de cet agent utile, pour peu que l'épuisement ait amené la suspension ou même la diminution des douleurs. Grâce à cette précaution, on aura moins d'insuccès à déplorer que par le passé, et peut-être est-il à espérer que l'on sera conduit à renoncer à la fameuse opération de Powo; car la suppression d'un organe sain aussi important que la matrice dans le but d'éviter l'épanchement du sang qui résulte de la section de ses parois, est une idée qui pourra paraître passablement excentrique à nos descendants, une fois en possession d'un moyen moins radical de parer aux accidents de la section césarienne.

Les considérations qui précèdent, ont avec l'observation relatée par la Presse médicale belge un rapport plus direct qu'il ne semble au premier abord. En effet, l'obstacle était constitué, comme l'a démontré l'autopsie, par une tumeur fibro-cartilagineuse, adhérente à la face postérieure de la symphyse pubienne, faisant ainsi partie intégrante de la charpente osseuse et réduisant à 60 millimètres (2 pouces 1/4) le diamètre antéro-postérieur. Le cas était donc assimilable à un rétrécissement du bassin. La seule différence, c'est que les rétrécissements du bassin sont absolument rigides, tandis que la tumeur pubienne était peut-être susceptible de subir, sous l'influence du travail, quelques modifications dans sa consistance et dans sa direction.

Une différence aussi essentielle ne devrait point échapper au praticien. Malheureusement les détails manquent pour juger si la tumeur fibro-cartilagineuse était ou non ramollie, et si elle jouissait d'une certaine mobilité à son extrémité libre; car c'est là précisément ce qu'il eût fallu savoir très-exactement, pour être autorisé à pratiquer la version.

Toutefois une circonstance signalée dans l'observation, pourrait faire supposer que les deux conditions favorables à l'emploi de la version s'y trouvaient réunies.

L'auteur rapporte, en effet, que *la patiente étant morte à onze heures du matin, la version put être immédiatement pratiquée*, on ne comprend vraiment pas pourquoi l'accoucheur a attendu la mort de la malade pour la délivrer par les voies naturelles! Cette conduite est tellement bizarre et inexplicable que l'on voudrait croire qu'il s'est glissé quelque faute d'impression soit dans l'article original, soit dans la copie du journal français. (*A suivre*)

MÉDECINE PRATIQUE

Les traitements de la fièvre typhoïde.

« Le docteur Sangrado, que tout Valladolid regardait comme un Hippocrate, professait qu'il ne faut que saigner et faire boire de l'eau chaude pour guérir toutes les maladies du monde, » nous dit Gil Blas, ajoutant, il est vrai, ce correctif « que pendant quarante ans il occupa le ciseau des Parques et était si expéditif qu'il ne donnait pas le temps à ses malades d'appeler des notaires. »

Ce portrait sarcastique tracé par la plume de Lesage nous est revenu en l'esprit à la lecture des nombreux et copieux mémoires où de savants médecins s'efforcent de démontrer l'excellence de telle ou telle méthode pour enrayer, guérir, voire même *juguler* la fièvre typhoïde. Hélas ! il en faut bien rabattre souvent dans la pratique de ces méthodes irrésistibles, et nous nous proposons de démontrer que, s'il est une affection dans laquelle il faille se défier de l'exclusivisme thérapeutique, c'est assurément celle qui nous occupe ; il y faut être largement éclectique tant les indications surgissent multiples et pressantes. Ne nous engouons pas des procédés qui ont la prétention d'être applicables à tous les cas — véritables selles à tous chevaux. — Le ciel préserve les malades des Sangrados, même les plus illustres !

I

Pour quiconque suit attentivement la marche du processus typhique, il est évident que trois caractéristiques principales doivent être relevées dans son évolution. Un poison existe dans l'économie ; sa présence se traduit par une fièvre d'une durée et d'une intensité exceptionnelles, et cette hyperpyrexie s'accompagne d'une tendance toute spéciale à la congestion inflammatoire et hémorrhagique des divers appareils. Si les congestions qui se font vers l'intestin et ses annexes, les poumons, les reins, les centres nerveux sont modérées, passagères et mobiles, il s'établit entre elles une sorte de balancement mutuel qui détermine la bénignité ; mais le danger apparaît quand ce système de compensation est brisé par une prédominance morbide formidable vers tel ou tel point de l'organisme, et c'est à empêcher cette rupture de l'équilibre entre les diverses manifestations de l'empoisonnement typhique que doivent tendre les efforts du médecin afin de gagner sans encombre la fin du processus cyclique dont nul ne peut espérer arrêter la marche constante.

En résumé, il y a trois dangers à combattre : l'exagération de la calorification fébrile, l'hyperthermie, la tendance aux congestions, et l'empoisonnement de l'économie, disons la septicémie, en empruntant un mot commode à la langue chirurgicale. Suivant que l'un ou l'autre de ces dangers a paru plus redoutable aux médecins, ils ont tourné vers lui tous les efforts de leur thérapeutique et préconisé abusivement une méthode exclusive, ainsi que va nous le montrer l'examen des principales méthodes de traitement.

C'est principalement l'hyperthermie que visent les méthodes qui ont excité de nos jours le plus d'engouement et qui nous viennent surtout d'outre-Rhin. « La fièvre commande en grande partie la situation, » dit Griesinger. — « La fièvre se place au premier rang et plus que tous autres symptômes, est de nature à donner la mesure du pronostic. » Liebermeister. — De ce principe on est parti en guerre contre la fièvre ou du moins sa manifestation calorifique ; on s'est dit avec exagération : si nous pouvions faire à tout prix baisser la température, nous sauverions nos malades, et, comme le XVIIIe siècle avait connu la polypomanie dans les affections cardiaques, nous avons assisté à *l'hyperthermomanie*.

Quels sont les antipyrétiques ? C'est tout d'abord le froid, les méthodes dites réfrigérantes, sur lesquelles il est instructif de s'appesantir ; elles sont nombreuses et variées. Celle qui a fait le plus parler d'elle est celle des bains froids. On sait que James Currie dès 1787 avait, devançant son siècle, étudié, le thermomètre à la main, l'action de l'eau sur les affections fébriles et établi nettement les principes de l'hydrothérapie moderne. Suivant lui, l'eau agit de deux manières : directement par la soustraction du calorique accumulé par la fièvre ; indirectement, comme agent perturbateur et modificateur du système nerveux.

Mais c'est le livre de Brand, paru à Stettin en 1861, sur *l'hydrothérapie du Typhus*, qui est venu vulgariser le traitement par l'eau froide. Toutefois n'oublions pas que c'est à la médecine française qu'appartient la priorité de cette thérapeutique expérimentée, en 1847, par Jacquès de Lure, en 1849 par Wanner, autre médecin français, et par Leroy de Béthune en 1852.

On sait que Brand fait placer le malade, aussitôt que la température atteint 39°, dans un bain à 20° pendant quinze minutes, et ce bain est renouvelé toutes les trois heures, jour et nuit, aussi souvent qu'il est nécessaire, sans autres contre-indications que l'hémorrhagie vraie, la perforation et la péritonite. S'il survient même une pneumonie primitive, on doit continuer le traitement comme si elle n'existait pas.

M. Glénard (de Lyon) qui pendant sa captivité en Allemagne s'est, dit M. Labadie Lagrave, laissé inféoder à la méthode de Brand et s'en est fait le champion décidé en France, affirme que « toute fièvre typhoïde traitée régulièrement par l'eau froide dès le début sera exempte de complications et guérira. » Déjà Brand, dans son enthousiasme paternel, déclarait que le traitement par les bains froids constitue un traitement spécifique.

Malheureusement les faits ne se passent pas aussi simplement. Brand qui nie l'influence du génie épidémique sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde est dans l'erreur. Sa méthode combat uniquement l'hyperthermie ; mais qu'est-ce que l'hyperthermie ? Ce n'est pas à coup sûr le principe de la fièvre, mais sa conséquence ; et, comme l'a fait remarquer M. Ferrand, que dirait-on d'un médecin qui prétendrait guérir le choléra en s'attaquant à la diarrhée ou plutôt aux matières diarrhéiques ? Ce qui importe, ce n'est pas tant de soustraire la chaleur produite ; ce qu'il faut, c'est tarir la source de cette chaleur,

c'est atteindre la cause du mouvement de dénutrition exagéré dont la chaleur est la conséquence.

A l'enthousiasme qu'excita d'abord chez certains médecins la méthode des bains froids ne tarda pas à succéder un certain scepticisme; de nombreuses objections se produisirent contre l'utilité réelle qu'on en pouvait tirer et il fallut bien reconnaître qu'elle était passible de plusieurs accusations graves.

La première, c'est que l'afflux congestif augmentait vers les organes internes par le refoulement du sang contenu dans les capillaires cutanés sous l'influence de la réfrigération; d'où la fréquence plus grande des hémorrhagies intestinales. En second lieu les complications thoraciques parurent être favorisées, grave danger dans une affection où elles sont pour ainsi dire la règle. Les complications laryngées semblèrent également plus fréquentes et plus graves. Enfin le choc nerveux consécutif à la réfrigération subite s'accompagna souvent d'un collapsus fatal ou d'une syncope mortelle. Est-ce impunément qu'on peut faire subir à l'organisme humain des oscillations thermiques aussi brusques et aussi considérables? Le système de Brand qui se propose de supprimer continuellement la période de *réaction* est en opposition formelle avec les règles formulées en tout temps par les médecins hydropathes, et de fait, le pontife de la médication réfrigérante n'a pu se dispenser de reconnaître lui-même que « le collapsus est le prototype des conséquences qu'entraîne un traitement défectueux de la fièvre typhoïde. » Mais nous pensons qu'un système si difficile à appliquer et où la moindre exagération dans le *modus operandi* devient une source d'aussi formidables conséquences doit être tenu pour suspect par un praticien prudent.

Le désir d'éviter les inconvénients de la méthode réfrigérante absolue tout en en conservant les avantages, a fait naître des méthodes atténuées, celle des bains tièdes, préconisée par Ziemsen et Immermann. On donne des bains à 28° dont on abaisse progressivement la température avec des additions d'eau à 16° jusqu'à ce que le mélange soit à 18°, ce qui dure un quart d'heure environ.

On a employé aussi les affusions froides qui, si elles ne sont pas aussi énergiques au point de vue de la soustraction du calorique que les bains, peuvent répondre à d'autres indications, dans les cas de délire furieux, sans tendance à la paralysie du cœur, et dans ces cas qui ne sont pas excessivement rares où, avec une température relativement minime, on remarque un coma persistant.

Les enveloppements froids employés primitivement par Priessnitz et plus tard par Niemeyer, constituent un excellent moyen de soustraction du calorique. Malheureusement la pratique en est malaisée, si on se conforme aux règles formulées par Liebermeister. « Un grand drap de lit est trempé dans l'eau, puis égoutté et placé sur une couverture de laine. — Le malade est enveloppé tout nu d'abord dans le drap, et ensuite dans la couverture. On l'y laisse pendant dix minutes, puis il est remis dans un autre drap mouillé de la même façon et on pratique ainsi de 3 à 7 enveloppements, sans discontinuer. »

Les lotions froides avec un mélange d'eau et de vinaigre aromatique, sont les moyens de refrigération les moins énergiques, mais elles ont l'avantage de n'être pas malaisées à réitérer souvent et de procurer une sensation de fraîcheur agréable au malade, sans perturber violemment son système nerveux. C'est à elles que nous conseillons de s'arrêter, en règle générale.

D'autres procédés bizarres sont en usage en quelques pays.

Un médecin de Hanovre fait pratiquer des embrocations générales avec du lard, deux fois par jour pendant une ou deux semaines; une heure après, on constaterait une chute de 1° à 1°,5. Tous les trois ou quatre jours on doit nettoyer la peau avec de l'eau de Cologne qui produit une rapide évaporation. Mais n'est-il pas étrange de supprimer ainsi par un enduit gras un émonctoire aussi important que la peau dans une maladie infectieuse où l'organisme cherche à se débarrasser par toutes les voies du poison qu'il renferme?

Parlerons-nous du Dr Gluk qui, dans 30 cas où la température dépassait 39°, a employé le moyen suivant pour combattre l'hyperthermie? Il plaçait le pôle positif d'une pile à courant constant sur la 3e vertèbre cervicale et le pôle négatif vers le ganglion supérieur du grand sympathique. Il aurait toujours vu un abaissement considérable de température!!

Mais venons aux médicaments antipyrétiques.

Il en est un qui est incontestablement utile, mais sur lequel nous reviendrons; car il répond à une autre indication, c'est l'alcool.

D'autres nous paraissent négligeables, le tartre stibié par exemple, dont l'action hyposthénisante serait redoutable s'il était continué; la vératrine et l'aconit ne sont pas généralement employés.

La teinture d'indigo (trois à cinq gouttes toutes les deux heures — Duffield) n'a pas fait ses preuves. Nous nous trouvons en présence de quatre médicaments d'une incontestable utilité et qui méritent un examen attentif, la digitale, le sulfate de quinine, le salicylate de soude et l'acide phénique. Chacun d'eux jouit évidemment de la propriété de faire baisser la température et il importe de les utiliser; outre cette propriété, ils en ont d'autres qui répondent à d'autres indications; ainsi la digitale est particulièrement indiquée quand on veut régulariser la circulation; c'est un tonique du muscle cardiaque, le quinquina du cœur, comme le disait un maître illustre; elle interviendra puissamment, quand l'auscultation, pratiquée chaque jour avec le plus grand soin démontrera l'affaiblissement de cet organe; c'est aussi un diurétique qui contribuera à favoriser l'élimination du poison typhique par l'émonctoire rénal.

Le sulfate de quinine et le salicylate de soude pourront être employés isolément ou alternativement, ainsi que l'a indiqué récemment dans l'Union médicale un de nos maîtres, M. Hallopeau; il donne le salicylate pendant trois jours, jamais plus, à la dose de deux grammes; à ce moment son action est épuisée et on continue à agir contre l'élément thermique par le sulfate de quinine à 1 gr. ou 1 gr. 50. Mais il ne faut pas se laisser en-

traîner aux illusions de Maleski qui prétendait avec le salicylate transformer la fièvre typhoïde en une maladie apyrétique. Sydenham a fait connaître *variolam sine variolis*, mai la fièvre continue sans fièvre !.. Utopie, voilà bien de tes coups.

M. Guéneau de Mussy emploie de préférence l'acide salicylique à la dose de deux grammes par jour dissous dans dix grammes d'alcool et versés dans un litre de limonade au citron.

On doit à M. Desplats (de Lille) une intéressante communication sur l'emploi de l'acide phénique comme antipyrétique à doses massives. C'est incontestablement un médicament utile, surtout comme antiseptique et nous verrons plus loin que sa place est tout indiquée dans le traitement. Mais ce n'est pas sans un certain effroi que nous voyons M. Desplats pousser les doses de ce médicament jusqu'au chiffre énorme de 10 à 12 grammes par diverses voies d'absorption. D'ordinaire on devra se limiter entre 0,50 et 2 grammes. La créosote (3 à 5 gouttes unies à l'essence de citron-Péchollier) est un médicament de la même famille.

II

Voilà donc les armes dont le médecin dispose pour combattre l'un de ses ennemis dans la fièvre typhoïde, l'hyperthermie. Mais pour nous, disons-le sans ambage ; ce n'est pas le plus redoutable, et l'examen attentif du processus typhique nous a depuis longtemps amené à penser que c'est de la CONGESTION que dérivent les plus réels dangers. Nous dirions volontiers, en parodiant un mot célèbre : *la congestion, voilà l'ennemi* dans la fièvre typhoïde. Comme l'a fait ressortir si bien M. Chédevergne dans sa thèse inaugurale, c'est de l'inégale répartition dans le raptus congestif sur les viscères que dérive la malignité.

Vers les organes thoraciques, la congestion amène ces pneumonies si rapidement mortelles ; vers l'intestin, les entérorrhagies ; vers les reins, l'albuminurie et l'hématurie; vers les centres cérébro-spinaux, le délire, le coma, les paralysies. Tournons donc de ce côté nos efforts. M. Duboué de Pau frappé de cette vérité que les stases sanguines viscérales résultent de troubles circulatoires dus à une diminution de tension dans tout le système vasculaire ; qu'elles ne tardent pas à amener une altération manifeste des globules sanguins et des phénomènes d'asphyxie lente, a cru trouver le moyen d'y remédier par l'emploi méthodique du seigle ergoté aux doses de 2 à 3 gr. par jour pour un adulte, de 0,50 centigr. à 1 gr. chez les enfants de 6 à 12 ans, par prises également espacées dans les 24 heures. Ce peut être une ressource mais il ne nous semble pas qu'on puisse y recourir continuellement et nous en restreignons l'indication aux complications hémorrhagiques.

Il est un moyen plus énergique, plus commode et par conséquent préférable de combattre la tendance congestive ; nous voulons parler des ventouses sèches.

Dès 1857 Béhier les préconisait dans la dothiénentérie à forme thoracique et depuis lors tous les praticiens y ont recours en pareil cas. Mais nous avons trouvé dans l'excellent Journal de médecine et de chirurgie pratiques, (septembre 1880), l'indication suivante sur l'utilité des applications généralisées de ventouses sèches. M. Huchard, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater l'ingéniosité en thérapeutique, emploie les ventouses sèches d'une façon systématique ; dans son service, on applique chaque jour matin et soir aux malades dont la fièvre typhoïde présente une certaine gravité, un grand nombre de ventouses sèches à la base de la poitrine, sur le ventre et le haut des cuisses et on les laisse environ un quart d'heure en place. Ces applications ont l'inconvénient d'être parfois douloureuses dans les points où la peau est doublée d'une faible couche de tissu cellulaire. Mais les avantages qu'on en retire compensent largement ce désagrément. Les ventouses agissent par dérivation sanguine, activent la circulation capillaire et substituent une congestion cutanée aux congestions viscérales qui menacent le malade. Sous cette influence on voit l'état général s'améliorer, la stupeur diminuer, et dans certains cas même la température s'abaisser. C'est donc une excellente pratique que nous recommandons d'autant plus volontiers qu'elle a sur d'autres pratiques systématiques l'avantage d'être absolument inoffensive.

Nous attachons d'ailleurs une telle importance à activer la circulation cutanée que, loin de chercher comme par la méthode de Brand, à empêcher la réaction qui suit l'emploi de tout procédé hydrothérapique, si nous employons dans certains cas les affusions et les lotions vinaigrées, c'est afin justement de stimuler la peau et de la congestionner pour y attirer le plus de sang possible en décongestionnant les cavités splanchniques.

III

Il reste à combattre la SEPTICÉMIE, à éliminer autant que possible l'élément toxique, et à soutenir l'économie dans sa lutte contre le poison.

Comment y parviendra-t-on ?

Pour neutraliser le poison on a recommandé l'usage des acides minéraux dilués (chlorhydrique, sulfurique), le sulfite de soude (Poli de Milan), l'iode et l'iodure de potassium (Magonty, Willebrandt, Liebermiester), la liqueur chlorurée (Murchison), enfin la créosote (Pécholier), les composés salicylés, l'acide phénique. C'est à ces derniers que nous nous arrêtons, le salicylate de soude pouvant en même temps agir comme antithermique ainsi que le sulfate de quinine. Pour nous, nous combinons l'emploi de ce dernier et des lavements phéniqués. On relève dans Murchison la formule suivante, digne d'intérêt.

Acide chlorhydrique......	15 à 20 gouttes.
Sulfate de quinine........	10 à 15 centigr.
Infusion de digitale........	1 gr. 50
Teinture d'oranges amères.	1 gr. 50 —
Sirop....................	1 gr. 50 —
Eau......................	40 grammes.

Pour une dose toutes les quatre heures.

Pour évacuer le poison, le malade doit boire une assez grande quantité d'eau, le meilleur des diurétiques, ou de limonade vineuse, qui présente l'avantage de tonifier l'économie.

Ici se place l'importante question des purgatifs. Baglivi disait que tous les purgatifs violents doivent « être évités comme la peste. » Il avait raison sans doute, surtout quand l'intestin est ulcéré. Todd allant plus loin ne redoute pas la constipation. « Les malades, disait-il, peuvent rester de quatre à six jours et même plus longtemps sans éprouver d'inconvénient de la const pation. » Tel n'est pas notre avis et nous avons pour nous Andral, Bretonneau, Louis et Trousseau. Il nous paraît indispensable d'évacuer doucement les matières typhiques pour éviter l'encombrement de l'intestin et les accidents qu'on a justement appelés la septicémie intestinale. Il suffit pour cela d'un verre d'eau de Sedlitz administré à propos et de lavements froids donnés deux fois par jour avec addition d'acide phénique. M. le professeur Bouchard donne pour désinfecter les matières un mélange de charbon et de glycérine ; mais ce mélange est assez répugnant pour beaucoup de malades. Il recommande aussi une potion contenant :

Créosote........................	2	grammes.
Acide phénique.................	0 25	centigr.
Acide salicylique................	1	gramme.
Rhum..........................	120	—

Le traitement tonique est de toute rigueur quand les pulsations radiales et les battements du cœur baissent (Stokes) ; il est indispensable, surtout chez les alcooliques et après quarante ans. Il consistera en potion de Todd avec 2 à 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

Le régime comporte l'usage constant du lait et du bouillon ; on sait que c'est surtout dans la diététique de la fièvre typhoïde que les plus grandes divergences se sont élevées entre les médecins.

Il fut un temps où on laissait les malades à la diète absolue, consumés par leur fièvre ardente, de sorte que la convalescence les laissait si débilités que la moindre complication les emportait ; détestable pratique universellement abandonnée. Plus tard on versa dans l'excès contraire, et certains médecins voulurent alimenter leurs malades à tout prix, même au risque de déterminer des perforations intestinales. Mais l'anorexie habituelle et insurmontable pendant la période fébrile sauvait les malheureux de l'homicide par l'alimentation. Comme le disait avec humour un maître célèbre : « donnez-leur des beefsteacks, si vous voulez ; tant qu'ils auront la fièvre, ils n'y toucheront pas. »

Aujourd'hui on s'en tient à un moyen terme, substances liquides, incapables d'offenser l'intestin et permettant pourtant au typhique de suffire aux frais de la combustion fébrile.

Insistons sur la nécessité de tenir les malades avec une propreté méticuleuse, de débarrasser constamment la langue, les dents et les lèvres de l'enduit fuligineux avec des fragments de citron ou un pinceau trempé dans un collutoire boraté, de renouveler l'air fréquemment, de surveiller l'apparition des escharres avec le plus grand soin, de faire coucher le typhique sur un matelas à air ou à eau, si faire se peut.

En résumé pour nous, voici quel est le traitement rationnel et général de la fièvre typhoïde, en faisant exception des complications et des cas particuliers relatifs à l'âge, au climat, aux conditions sociales et aux tendances propres à certaines épidémies — toutes ces exceptions devant être passées en revue dans un prochain article.

Au début un purgatif ou un éméto-catarthique, — puis régime lacté, bouillon, limonade vineuse — deux lavements phéniqués froids, un le matin, un le soir — potion de Todd avec extrait mou de quinquina — applications journalières de ventouses sèches ; — dès que la température dépasse 39°, sulfate de quinine, lotions froides avec l'eau vinaigrée plus ou moins fréquentes — courtes affusions dans certains cas spéciaux, — digitale si le cœur faiblit. Voilà la règle générale ; et par-dessus tout, il faut examiner attentivement deux fois par jour au moins son malade et prendre sa température, afin de guetter l'apparition de toute complication, en gardant présente à l'esprit cette belle phrase que Baglivi écrivait en 1696 : « In nullo morborum genere tantâ opus est patientia, expectatione cunctationeque ad feliciter medendum tanquam ad benè curandum febres mesentericas. »

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale (10e lettre). (1)

A. — Le secret professionnel

L'article 378 du Code pénal nous fait une obligation formelle de garder le silence sur les faits que nous avons pu apprendre dans l'exercice de notre profession :

Les médecins, chirurgiens et officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé les secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs.

Les cas où la loi obligeait le médecin à se porter dénonciateur : crimes, complots, attentats quelconques contre le chef du gouvernement ou la sûreté de l'Etat, n'existe plus depuis que la loi du 28 avril 1832 a abrogé les articles du Code pénal qui imposaient l'obligation de dénoncer ces crimes, complots et attentats.

La prescription légale est donc formelle et nous donne le droit de refuser de répondre aux questions relatives aux confidences que nous pouvons avoir reçues dans l'exercice de notre profession.

Par ce mot *confidences* on doit entendre non-seulement les aveux et les déclarations du malade et des personnes qui l'entourent, mais encore toutes les constatations médicales qui, même à l'insu du malade, sont la conséquence de l'appel fait au médecin, et même ce qui pourrait être dit devant lui par les personnes qui entourent le malade.

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15.

La Jurisprudence, d'autre part, a établi que l'application de l'article 378 du Code pénal ne peut être faite au médecin qui, appelé en témoignage, révèle un crime à la justice ; qui, dans certains cas, fait des aveux aux supérieurs légitimes ou aux surveillants légaux ; qui parle après autorisation de la personne qui lui a révélé le secret, etc....

Il est entendu, d'ailleurs, que, dans tous ces cas, le médecin ne doit interroger que sa conscience, et que lui seul est juge des cas où il doit parler et des cas où il doit garder le silence.

Une telle prérogative n'a pas besoin de justification : elle est expliquée par la nature même de l'intervention du médecin près de ses clients.

Nous pouvons dire hautement que le corps médical ne manque jamais à ses devoirs ; mais nous devons ajouter qu'il rencontre bien souvent des obstacles à l'exercice de ses droits ; en d'autres termes, les juges d'instruction et présidents de cours d'assises paraissent, trop souvent, oublier que la Cour de cassation elle-même a reconnu que *c'est au médecin à interroger sa conscience et à discerner ce qu'il doit taire.*

Les magistrats, nous le savons, sont souvent gênés par notre silence — aussi, certains ne cachent-ils guère leur mauvaise humeur : Doués d'une infaillibilité à laquelle nous ne saurions prétendre, ils trouvent toujours *dans la forme.....* quelque bonne raison pour nous faire pâtir de leur humeur.

On ne nous conteste pas le droit de nous taire, non sans doute ; mais on nous condamne à l'amende pour n'avoir pas su nous taire selon la formule !..... Et le résultat le plus clair pour nous, c'est que l'accomplissement de notre strict devoir nous coûte de 150 à 200 francs.

Vous donc, chers confrères, qui, interrogés sur des faits que vous croyez devoir taire, répondez tout bonnement que vous êtes liés par le secret professionnel et que vous ne pouvez parler, apprêtez votre bourse ! Vous aurez, pour vous, la sincérité, le bon sens, l'opinion..... mais vous aurez contre vous la procédure et il vous en cuira !

En veut-on un exemple?

On trouve, un jour, dans une ville un placenta jeté sur la voie publique. Une enquête est ouverte, et, la rumeur publique accusant une fille X*** d'être accouchée clandestinement, le juge d'instruction appelle le docteur N... qui avait soigné cette fille quelques mois auparavant et lui demande s'il avait remarqué que la fille X... fût enceinte à l'époque où il lui avait donné ses soins.

Notre confrère, invoquant le secret professionnel, refuse de répondre et le juge lui fait signer une pièce constatant ce refus.

Quelques jours plus tard — (l'instruction de l'affaire n'était sans doute pas facile), — nouvel appel devant le magistrat, même question posée, même réponse ; mais, cette fois, le juge ajoute : « *Eh bien, monsieur, je vous condamne à 200 francs d'amende!* »

Et notre confrère versa la susdite somme!

Eh bien! Peut-on trouver un exemple où le secret s'imposât d'une façon plus formelle, où le silence gardé par le médecin fût justifié par une raison plus impérieuse?

Pour tout le monde, notre confrère, en agissant comme il l'a fait, ne faisait que remplir son strict devoir. — Pour le juge, c'était un *gêneur* qu'il fallait mettre au pas!

Il paraît qu'il existe certaines formules dont l'emploi peut nous mettre à l'abri, du moins dans une certaine mesure, car nul n'ignore que c'est affaire de jurisprudence et que rien n'est plus variable que la jurisprudence. Indiquons-les toujours :

Briand et Chaudé donnent : « *Je considère comme confidentiels* les rapports qui ont amené à ma connaissance les faits sur lesquels vous m'interrogez, je ne puis donc répondre à votre question. »

Une variante porte : « *Je jure que je considère*, etc... »

Une autre : « *Sous la foi du serment, je déclare* que le fait sur lequel on m'interroge est *confidentiel de sa nature*, m'a été communiqué *confidentiellement dans l'exercice de ma profession* et que *ce n'est qu'en raison de cet exercice* que j'ai pu le connaître. »

Cette dernière étant la plus compliquée doit être évidemment la meilleure !

Et maintenant que concluons-nous de tout ceci?

C'est que la loi, qui nous reconnait un droit indispensable, doit nous donner les moyens d'exercer ce droit et nous soustraire au caprice des magistrats.

En attendant, chers confrères, nous ne pouvons que vous recommander de répéter chaque soir, en vous couchant, pour ne pas les oublier, les formules que nous venons de donner et de bien graver en votre cervelle cette maxime première de la sagesse des nations.

« *Initium sapientiæ timor judicis.* »

Le secret professionnel nous amène naturellement à parler des devoirs du médecin qui assiste à un accouchement.

Le Code civil édicte :

Art. 56. La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

Art. 57. L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant, et les prénoms qui lui seront donnés, *les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère* et ceux des témoins.

L'accoucheur peut-il, invoquant le secret professionnel, refuser de déclarer les noms, prénoms, profession de la mère de l'enfant.

Cette question a été résolue en sens contraires suivant les époques ; cependant elle paraît l'avoir été définitivement par l'affirmative depuis l'arrêt de la Cour d'Angers (18 novembre 1850).

Malgré cela, nous avons vu ces années dernières un de nos confrères de Paris obligé d'intenter une action au maire de son arrondissement qui refusait de recevoir une déclaration suivant lui incomplète. Notre confrère eut gain de cause, mais il eut à subir les ennuis de toute sorte qu'entraîne forcément une action de justice.

Est-il donc si difficile à la loi d'édicter formellement ce qu'admet la jurisprudence?

Nous demandons que nos législateurs veuillent bien trancher la question une fois pour toutes et nous mettre à l'abri des variations d'une jurisprudence incertaine.

D'ailleurs les prescriptions du Code civil en ces matières soulèvent des questions d'ordre différent, et, puisque nous les avons abordées, étudions-les sous le rapport des devoirs du médecin vis-à-vis de l'État civil.

***

B. — Le médecin et l'état civil.

Au même titre que toutes les autres personnes présentes à un accouchement, le médecin est tenu de faire, à l'État civil, la déclaration de naissance dans les trois jours et le code pénal sanctionne cette obligation :

Art. 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de seize francs à trois cents francs (sauf l'admission des circonstances atténuantes, aux termes de l'article 463 du Code pénal).

La condition essentielle qui entraîne la responsabilité est la *présence à l'accouchement*. Mais que faut-il entendre par ces mots? S'agit-il simplement de la sortie de l'enfant du sein de sa mère? Faut-il au contraire comprendre dans le mot *accouchement* le travail préparatoire, le travail d'expulsion et la délivrance?

Obscurité encore dans la jurisprudence.

Que demande la loi? — Une constatation d'identité : nous devons pouvoir affirmer que *tel enfant vient de naître de telle mère*. La présence du médecin au seul travail préparatoire ne peut donc lui faire encourir aucune obligation.

Par accouchement on doit donc comprendre simplement *le travail d'expulsion*, et, la rupture du cordon opérée, le médecin ne peut plus être tenu à aucune affirmation. A plus forte raison, le médecin qui vient *pratiquer seulement la délivrance*, ne doit pas être atteint par l'article 56 du Code civil.

Ce sont là encore des points que nous voudrions voir précisés dans la loi, afin d'être soustraits à l'appréciation d'hommes qui, pour être juges, n'en sont pas moins hommes et par conséquent essentiellement faillibles.

La présence du père de l'enfant à l'accouchement exonère le médecin de l'obligation de la déclaration, c'est là chose trop naturelle pour qu'il en puisse être autrement. Mais il s'agit uniquement du *père légitime*, de là difficulté parfois pour l'accoucheur des grandes villes où les faux ménages ne sont pas chose rare.

Et puis, est-il bien juste d'obliger le médecin au même titre que toutes les personnes présentes? Ne pourrait-on restreindre cette obligation aux cas où les parents du premier degré de l'accouchée seraient absents? En d'autres termes la présence du père, de la mère, du frère, de la sœur ou des enfants de l'accouchée ne devrait-elle pas mettre hors de cause l'accoucheur?

Nous ne voyons pas quelles objections on pourrait opposer à la rédaction nouvelle de l'article 56 du Code civil ainsi modifié :

La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou à son défaut par les père, mère, frère, sœur ou enfants de l'accouchée.

En cas d'absence des personnes ci-dessus mentionnées, la déclaration sera faite par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

Un paragraphe additionnel porterait que *par présence à l'accouchement* il faut entendre la présence au travail d'expulsion jusques et y compris la rupture du cordon ombilical.

Enfin l'article 57 serait complété par la disposition suivante :

En aucun cas les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes liées par l'article 378 du code pénal ne pourront être contraints d'énoncer les noms, prénoms, profession et domicile des père et mère de l'enfant dont ils déclareront la naissance.

Mais, hélas! nous touchons à l'arche sacro-sainte du code civil!

Dr A. Gassot de Chevilly (Loiret).

II

Le questionnaire sur la situation des médecins en France

Monsieur et très honoré confrère.

Je vous renvoie sous ce pli le questionnaire envoyé par le *Concours Médical* à tous ses adhérents et j'y joins quelques réflexions peut-être un peu longues, mais la faute en est à vous qui accueillez toujours avec cordialité les communications de toute nature qui vous sont adressées.

Le but que vous poursuivez avec tant d'adeur n'est autre chose que le bien-être du corps médical et sa dignité; je crois que les deux choses vont de pair et que, souvent, les petites défaillances professionnelles ne sont dues qu'à la gêne, mauvaise conseillère et au manque de réflexion. Nous relever, rien de plus facile, il faut le vouloir et, au lieu de subir la loi de la part de nos clients, il faut la leur faire.

Il est incontestable que, sauf quelques situations hors ligne, l'immense majorité des médecins végète et s'estime heureuse au bout de l'année de pouvoir balancer l'actif et le passif; ce sont les médecins qui en sont cause.

En premier lieu, le jeune médecin ne s'entoure pas assez de renseignements avant de faire choix d'une localité, ou bien, il puise à mauvaise source : « Venez donc vous établir chez-nous, lui dit-on, il n'y a que M. X... personne n'en veut plus; il est brutal, prend trop cher, se dérange dffficilement la nuit; du reste, il y a de l'occupation pour deux » Le naïf se laisse prendre et s'établit à côté d'un confrère dans une clientèle insuffisante pour deux, si elle se partage également et, souvent le nouveau venu apprend à ses dépens qu'il ne faut pas toujours écouter les ennemis d'un médecin et qu'il vaut mieux aller aux informations auprès des collègues voisins; là on eût trouvé des renseignements vrais et impartiaux; mais il est trop tard et voici deux médecins dans la gêne. là où un seul eût réussi. Ces accumulations de médecins dans certaines contrées ne doivent s'excuser que lorsque des intérêts matériels sont en jeu ; on a une propriété à tel endroit, on s'installe dans ses terres et, en faisant de la médecine on administre son bien; cette considération prime les autres. Donc, en premier lieu, installation irréfléchie du médecin.

Installé, il faut former sa clientèle; les conseils faux et intéressés ne manquent pas plus en ce cas que dans le premier : « Il faut vous faire connaître; pour cela, au début, ayez des prix modérés ; nous avons une société de secours mutuels, nous ne donnons pas une très forte somme au médecin, mais vous serez si peu dérangé et puis, c'est de l'argent sûr, celui-là ; tous les trois mois, vous n'aurez qu'à encaisser, cela vous fera connaître. » Immense danger contre lequel on ne saurait trop prémunir le débutant rempli d'illusions! Oui, vous vous ferez connaître, oui avec vos prix modérés, vous attirerez la plus grande masse de clients ; mais lorsque vous vous estimerez suffisamment connu et que vous voudrez élever le tarif de vos honoraires, vous vous apercevrez bien vite que vous avez bâti sur une base peu solide ; vos clients vous abandonneront et reviendront au premier médecin qui n'aura pas varié; ils iront en chercher un au loin, plutôt que de vous conserver, soyez-en persuadé.

Au lieu d'agir ainsi, réfléchissez mûrement avant de fixer votre résidence et ne vous installez qu'à coup sûr. Etablissez un tarif moyen, basez-le sur la distance kilométrique et n'y dérogez pas. Soyez affable pour le client, surtout à la campagne, donnez-lui vos soins avec tout le dévouement possible, mais en retour, exigez de lui le respect et la juste rémunération de vos labeurs. La clientèle vous viendra peu à peu, plus lentement peut-être, mais vous aurez une clientèle fidèle.

Les Sociétés de secours mutuels sont, pour moi, la troisième cause de la gêne ou du manque d'aisance des médecins. La faute est imputable à ces derniers, surtout à leur manque d'entente.

La plupart de ces Sociétés sont composées de membres souvent aisés, payant une cotisation annuelle qui n'a pas varié depuis trente ans et qui est, en moyenne de 12 francs par an ; moyennant quoi ils ont droit, eux et leurs familles aux soins du médecin, que celui-ci réside au loin ou auprès, aux médicaments pour le sociétaire et sa femme, à une indemnité par journée de maladie et, en cas de décès, à un enterrement convenable. Qui fera vivre une Société de secours mutuels, avec un tel règlement? Le médecin et pas un autre; on lui offre maintenant le même prix qu'on lui offrait il y a trente ans, en moyenne 6 francs par an et par famille, et cependant ces sociétaires lui vendront un cheval quatre fois le prix qu'il valait il y a trente ans, les fourrages, les loyers, les denrées alimentaires, ont augmenté de valeur dans la même proportion; les fabriques paroissiales ont augmenté, depuis cette époque, et plusieurs fois, leurs tarifs; seul le médecin ne le ferait pas et n'aurait que le droit de tout payer plus cher? Ce n'est pas sérieux. Le pharmacien fait un rabais de 25 à 30 p. 0/0 aux Sociétés de secours mutuels : faisons le même rabais sur le prix de nos visites, mais n'allons pas plus loin. Répondons aux doléances des sociétaires : « Si vous ne pouvez aller ainsi, dissolvez la Société, ou augmentez vos cotisations. Votre Société est instituée principalement en vue du médecin, ce n'est pas à lui contre qui vous êtes ligués, de vous fournir des moyens d'existence. » Mais, pour ce faire, il faut qu'il y ait accord entre les médecins et cet accord il faut l'avouer, n'existe malheureusement pas.

Il y a deux ans que j'ai quitté l'École de Paris pour venir m'établir ici. J'ai réglé mes prix, comme je conseille à tous mes collègues futurs de le faire ; la Société de secours mutuels est traitée à raison de 1 fr. 50 cent. par visite, dans la localité et à raison de 3 francs dans les villages. D'autres Sociétés se sont offertes à l'abonnement, à 6 francs bien entendu, et à une distance moyenne de trois à six kilomètres : j'ai refusé, préférant attendre et ne pas vendre ma liberté à vil prix.

Mon collègue, officier de santé, tomba sérieusement malade ; il avait toutes ces Sociétés : on revint à la charge ; mais je tins bon et on accepta le tarif à la visite avec réduction de 25 p. 0/0 sur mes prix ordinaires ; cela me fit deux Sociétés de plus. Sur les entrefaites survint une épidémie de rougeole; peu moururent, mais tous furent frappés ; si j'avais accepté l'abonnement, chaque visite m'eût été payée en moyenne de 20 à 25 centimes, tandis qu'elles me furent payées au moins, à raison de 2 francs.

Une seule Société, distante de 6 kilomètres de ma résidence, refusa de payer plus de 6 fr. par an et par famille ; je refusai aussi de faire des concessions. On alla proposer ces conditions à un docteur, distant du même endroit, de 8 kilomètres et qui accepta. Ce même confrère traitait les membres de deux Sociétés distantes de chacun de nous de 5 kilomètres et à la visite ; on m'avait offert, à mon arrivée, d'être concurremment avec lui, médecin de ces Sociétés; par délicatesse j'avais refusé. A ce moment je n'hésitai pas et envoyai l'adhésion que j'avais refusée quinze mois auparavant. Lequel de nous deux y perdra? Lui, plus que moi, mais plus sûrement, tous les deux; avec entente de notre part, la Société à l'abonnement était obligée de capituler, je n'acceptai pas les autres, ou bien nous agissions de concert dans les uns et dans les autres et la dignité médicale n'avait pas à en souffrir. Quand un médecin plus éloigné accepte un prix qu'un médecin plus rapproché refuse, le paysan dit, non sans quelque apparence de raison, que celui qui, étant plus près, demande plus cher est un *étrangleur*.

Mais une de nos Sociétés à la visite et la plus importante, voyant deux autres médecins dont un plus éloigné, lui proposer de la traiter au tarif de 6 francs, me met en demeure d'accepter les conditions des autres. Me voici fort embarrassé, si je renonce à cette Société, j'ouvre la porte à l'invasion, et, d'un autre côté, je n'accepterai jamais ce tarif. Voici mes dernières conditions, jusqu'ici en partie, acceptées : Abonnement à 8 fr. au lieu de 6 fr. demandés par les autres médecins (distance 2 kilomètres). Avoir plus de la moitié des sociétaires, — fourniture des médicaments que je n'avais pas auparavant, aux mêmes conditions que le pharmacien, soit à 25 p. 0/0 de rabais. Cette dernière partie de mon programme n'est pas encore adoptée, mais je n'y changerai rien et perdrai mes adhérents, plutôt que de subir la loi. J'y gagnerai en considération certainement, et je ne perdrai pas tout. On aura quelquefois besoin de moi, et, comme je l'ai déjà annoncé, je me dédommagerai.

Nous sommes aux portes de La Rochelle, les médecins qui l'habitent et qui viennent nous faire cette concurrence (ils sont peu nombreux), font fausse route et certes, ils s'exposent à perdre la considération à laquelle ils ont droit.

Toute concurrence au rabais entre médecins, est déloyale et préjudiciable à tous les points de vue. De cet abus de choses découle naturellement la nécessité de la formation de syndicats ; leur composition sera à régler : il suffit pour le moment, que leur utilité soit mise en évidence. Ils font disparaître les concurrences malheureuses par l'établissement d'un tarif *à minimâ*, basé sur la distance kilométrique; ils peuvent donner aux jeunes médecins les renseignements les plus complets sur les postes à prendre dans leur circonscription. Ils peuvent agir en justice; enfin, par de sages remontrances, ils peuvent faire comprendre ses torts, au confrère qui aura enfreint les règlements.

Corollaire : Tout médecin non adhérent au syndicat ne sera pas appelé en consultation par ses confrères syndiqués.

J'ai eu le bonheur de commencer mes études médicales à Bordeaux où l'on tient haut l'honneur médical et où la solidarité, la dignité professionnelle ne sont pas de vains mots. Je m'efforce de suivre les exemples que j'ai eus sous les yeux et je m'en trouve fort bien.

Les médecins seront les maîtres de la situation, le jour où ils le voudront sincèrement.

Agréez, etc. Dr PERRINEAU.

Pourquoi ne vous est-il pas venu à l'esprit de faire à votre concurrent l'exposé si lucide que contient votre lettre. Assurément il aurait été heureux d'agir de concert avec vous.

III

Médecins des compagnies d'assurances contre les accidents

Ploërmel, le 5 mars.

Monsieur le directeur,

J'ai un conseil à vous demander :

Nous avons à Ploërmel un chemin de fer en construction, l'entrepreneur a assuré ses ouvriers contre les accidents à une compagnie, le Soleil sécurité générale. La compagnie m'a choisi pour son médecin inspecteur, c'est-à-dire que j'ai à constater le sinistre, à dire quelle sera la durée de la maladie et en informer la compagnie. Il n'est point dit que je doive traiter les blessés. On me donne 5 francs par individu blessé pour l'examiner le jour de la blessure et pour faire savoir quand il est guéri. L'entrepreneur qui est assuré voudrait me faire soigner les blessés pour la somme que m'accorde l'assurance, ce qui ferait des honoraires dérisoires. Je m'y refuse nécessairement.

Il prétend encore que s'il met un blessé à l'hôpital (je suis le médecin du seul petit hôpital qui existe à Ploërmel) où il paie deux francs par jour, je dois soigner le blessé, même pratiquer des opérations s'il en est besoin *sans qu'il ait* à payer plus de deux fr. Je suppose qu'il y ait plusieurs blessés, il me faudra les panser et même les opérer pour rien.

Qu'un homme soit atteint d'une fracture comminutive je devrai, d'après l'entrepreneur, le panser longtemps sans être en droit d'exiger des honoraires.

Moi je crois que je ne dois mes soins qu'à ceux qui sont admis comme indigents par le bureau de l'hôpital ou au compte du département, mais que toute personne admise en payant me doit des honoraires en plus de ce qu'elle paie par jour à l'hôpital pour sa nourriture, etc.

Veuillez agréer, etc. Dr Goupil.

La situation de médecins des Compagnies d'assurances contre les accidents est en effet l'occasion de bien des malentendus. Le médecin certifie la nature de l'accident et sa date; il constate ensuite le rétablissement.

Tous les soins qu'il donne au blessé, si celui-ci réclame son ministère, doivent être payés par le blessé ou son patron, ou par la Compagnie ; et il nous importe de bien faire comprendre les nuances au malade qui croit volontiers que les soins du médecin sont ou gratuits ou rétribués comme nous l'avons dit.

— Quant à la situation du médecin d'hôpital, spécifiée ensuite, nous croyons que le titulaire doit ses soins gratuits au blessé admis à l'hôpital moyennant rétribution. Lorsqu'il a accepté le traitement de la fonction, il devait en envisager toutes les charges et se faire allouer une somme convenable.

COURRIER

Tatouage accidentel.

Il y a plus de vingt-cinq ans déjà, que j'ai signalé, sous cette rubrique, les inconvénients que présente, dans certaines circonstances, l'emploi du *taffetas noir d'Angleterre*. (*Moniteur des hôpitaux*, 22 octobre 1855, — *Annuaire de thérapeutique* de M. Bouchardat, 1856).

Quand, chez les personnes à peau blanche et délicate, on fait la réunion des petites plaies, à l'aide du taffetas noir d'Angleterre, la cicatrice présente toujours une teinte bleu-noirâtre dont l'intensité et la grandeur dépendent de la nature de la plaie.

Je puis affirmer aujourd'hui, comme à l'époque de ma première communication, que cette teinte est indélébile. Une femme de trente ans porte encore dans ce moment, à la racine du nez, la coloration qu'y a laissée une petite plaque de taffetas que son frère employa pour panser la plaie qu'elle s'était faite, à l'âge de quatre ou cinq ans, en tombant sur une chaise.

Une autre dame de vingt-quatre à vingt-cinq ans porte également sur une basse frontale une teinte analogue, ayant même origine. Notons en passant, qu'elle ne l'a pas encore pardonné à son médecin : il y a de cela plus de vingt ans. Voilà une femme qui, pour une vétille, a voué une haine féroce à un homme qui était très-capable.

Je connais bien d'autres tatouages, qui sont sans importance et qui remontent à des époques moins lointaines.

Je n'avais pas vu, depuis longtemps, dans les officines, de taffetas noir. Depuis quelques jours je le vois reparaître. Je me hâte donc d'avertir mes jeunes confrères, je les préviens que les mamans ne leur pardonneraient pas, si leurs fillettes portaient, sur la figure ou sur le cou, les marques résultant de l'emploi dudit taffetas.

Dr Grandclément (d'Orgelet).

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : Dr *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : Dr *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : Dr *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : Dr *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : Dr *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : Dr *Bibard à Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : Dr *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le Dr *Margueritte au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : Dr *Boëll à Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : Dr *Hennart à Gacé* (Orne).

11° Sociétés de Secours mutuels : M. le Dr *Béraud à Charlieu* (Loire).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

23 Avril 1881 — 3me Année. — N° 17

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Depuis longtemps déjà on commençait à croire que l'opposition proverbiale d'Hippocrate et de Galien n'était plus qu'une de ces légendes de l'histoire ancienne qui font sourire le savant moderne désormais en possession d'une science constituée. Grâce aux progrès de l'observation qui avaient enfin permis de donner à la médecine, avec des bases plus assurées, un point de départ fixe et une direction régulière et uniforme, il semblait que nous étions bien éloignés de cette époque de discussions ardentes et passionnées, sinon fécondes, dans lesquelles se complaisaient les écoles du moyen-âge. Mais le Gouvernement et la Chambre des députés ayant consulté l'Académie sur la question qui, du moins avant cette mémorable discussion, paraissait soulever le moins la controverse, et sur laquelle on pensait au contraire pouvoir réunir et concilier tous les esprits, on voit les séances de l'Académie se succéder les unes aux autres, chacune avec son discours *pour* et son discours *contre*, sans que l'on puisse prévoir les résultats définitifs de ce débat. Ajoutons que, pour prévenir une solution *prématurée*, l'honorable M. *Larrey* est venu informer ses collègues que, la Chambre des députés étant entrée en vacances, l'Académie avait devant elle le temps nécessaire pour discuter *avec maturité* les rapports de sa commission.

Voici d'ailleurs le résumé de la dernière discussion :

M. Trélat, absent, avait confié à M. Béclard le soin de lire, à sa place, une argumentation dont voici les termes principaux :

M. Trélat ne dira rien de la vaccination, au sujet de laquelle il partage les idées exprimées dans le rapport de M. Blot et de nouveau défendues dans la dernière séance, avec tant de compétence et de talent, par M. Fauvel.

C'est sur la revaccination qu'il a appelé un moment l'attention de l'Académie. La revaccination est sûrement tout aussi efficace, tout aussi nécessaire que la vaccination. Mais, en édictant une loi obligatoire pour la revaccination, on se trouve dans cette situation contradictoire de reconnaître la haute utilité d'une mesure dont on ne sait comment formuler l'obligation.

Si l'on pouvait toujours et en tous lieux vacciner et revacciner d'office tous les individus qui habitent une localité où existent des varioleux, on diminuerait, dans une forte proportion, les cas de contagion. Mais comment y arriver ? M. Trélat croit que ce résultat ne serait ni impossible ni difficile à atteindre. Les lois constitutives des pouvoirs municipaux (de 1789 et 1790) et celles sur l'organisation de la préfecture de police de Paris et des municipalités établissent que les corps municipaux, les maires, le préfet de police à Paris, ont pour fonctions, entre autres, d'assurer la sécurité, la salubrité, de prévenir, d'arrêter les épidémies les épizooties et les maladies contagieuses. Or, dans nos villages et dans l'immense majorité de nos villes, ces pratiques salutaires sont oubliées ou négligées. Pourquoi ne chercherait-on pas à les remettre en vigueur! Inviter, insister, faciliter sont sans doute des termes persuasifs; mais ils ne sont pas synonymes de prescrire et obliger.

J'ai demandé à mes collègues du conseil de salubrité s'il n'y aurait pas avantage à prescrire la vaccination et la revaccination de tout individu placé au contact d'un foyer varioleux; ils m'ont tous répondu d'une voix unanime que cette mesure serait avantageuse.

C'est cette pensée commune que j'ai cru devoir exprimer à l'Académie, c'est elle que je voudrais voir figurer dans les conclusions qui vont être soumises au vote. Il m'a paru que le but complet pourrait être atteint, en faisant subir une modification à la dernière conclusion du rapport. Je propose de rédiger cette conclusion de la manière suivante :

Quant à la revaccination, *elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par les pouvoirs municipaux, partout où les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation.*

M. Depaul rappelle qu'en 1868 un médecin de Montpellier, le docteur Monteils, tenta, comme on le fait aujourd'hui, de faire adopter par la Chambre législative un projet de loi tendant à rendre la vaccination obligatoire. Tous les arguments qu'on met en avant en ce moment, pour en montrer l'utilité, étaient longuement développés. Le projet fut repoussé, et les considérations sur lesquelles fut fondé le rejet de la proposition étaient justement du même ordre que celles qu'il oppose au projet actuel.

Avant de rentrer de nouveau dans la discussion, M. Depaul présente une observation générale. Il ne saurait refuser à l'Académie, comme l'a fait M. Fauvel, le droit et la compétence de tout examiner dans cette question. M. Fauvel ne veut pas que les médecins donnent leur avis sur la sanction qui doit assurer l'efficacité de la loi. Il n'admet pas davantage qu'ils éclairent l'autorité sur les difficultés et les empêchements qui se présenteront. Mais qui donc pourrait, mieux que cette assemblée, connaître ce qu'il y a de défectueux dans l'organisation actuelle et proposer les mesures les plus utiles pour y remédier ?

M. Depaul part de là pour démontrer que tout se réduit à ceci : retrancher de la loi tout ce qui est inutile, ce qui n'empêchera pas, au contraire, de donner à la vaccination et à la revaccination tout le développement qu'il serait si utile d'obtenir. Ce n'est pas en se bornant à exprimer un vœu que l'on arrivera à ce but, mais en rédigeant et en faisant voter une loi qui organise, sur de nouvelles bases, la pratique de la vaccination en France, loi qui comporterait la nécessité pour le Gouvernement de faire voter les fonds nécessaires pour assurer son fonctionnement.

Après ces considérations générales, M. Depaul entre dans le fond du débat, discutant de point en point toutes les propositions de M. Fauvel et s'efforçant de réfuter les critiques qu'il lui a adressées. Arrivé au terme de cette discussion, il la résume en ces mots :

Je n'ai pas voté et je ne voterai pas les conclusions de la commission, en m'appuyant sur les considérations suivantes :

1° Je repousse l'obligation parce qu'elle est inutile, et que, dès lors, je ne vois pas un motif suffisant pour *porter atteinte à l'autorité du père de famille*, qui, en ce qui touche la santé de ses enfants, doit être le juge souverain ;

2° Je la repousse parce que, dans les pays où elle a été introduite dans la loi, il n'a pas été possible de l'appliquer d'une manière un peu générale et qu'on ne s'en occupe plus ;

3° Je la repousse parce que je ne puis pas admettre qu'on force *un père de famille*, qui a des scrupules, à laisser vacciner son enfant, quand on ne peut pas lui donner l'assurance absolue que l'agent prophylactique ne sera pas en même temps le conducteur d'une autre maladie très-sérieuse ;

4° Je la repousse parce que, sans violenter personne, on peut donner à la vaccination et à la revaccination tout l'essor désirable (les réfractaires en France étant en très-minime proportion) ;

5° Je la repousse parce que, en réorganisant comme on doit le faire le service des vaccinations sur tout le territoire de la République, on fera disparaître tout ce qu'il y a de défectueux dans l'état actuel;

6° Enfin, je la repousse parce que, avec une loi rendant obligatoire la réorganisation complète de la vaccination, vous aurez l'argent nécessaire, indispensable; et, en vous servant des facilités que vous donnent l'obligation pour tous du service militaire, de l'intruction primaire, et le droit que vous avez administrativement d'exiger la production d'un certificat de vaccine dans les diverses écoles, administrations, etc., etc., vous arriverez à généraliser, autant que faire se peut, l'une des plus utiles méthodes prophylactiques des temps modernes.

— *Quelles que soient les conclusions que l'illustre Compagnie veuille accepter à un moment donné, et convaincu d'avance des services que rend à la Société l'usage des vaccinations et des revaccinations, le* CONCOURS MÉDICAL *s'est mis en mesure de procurer à ses adhérents du vaccin de génisse, dans les meilleures conditions pos-*

sibles de provenance et de conservation. A ce propos, nous nous permettons d'appeler l'attention de nos lecteurs sur l'avis publié en tête de la Correspondance *de notre n° 15. En facilitant aux médecins les moyens de se procurer un vaccin de bonne qualité, nous croyons renverser l'obstacle le plus sérieux que la vaccine ait à combattre.* —

M. le docteur *Roussel* (de Genève), auteur d'un instrument pour la transfusion directe du sang a présenté à l'Académie un nouvel instrument qu'il nomme *herniotracteur*, et qui a pour but de réduire, par une manœuvre opérée dans l'S iliaque, les hernies étranglées, irréductibles par le taxis externe.

Cette idée lui a été inspirée par la mort d'un homme atteint d'une hernie étranglée et qui avait refusé obstinément de laisser pratiquer la herniotomie, timidement proposée du reste par un médecin de campagne. Quoique irréductible par le taxis externe, cette hernie n'était point adhérente et a été facilement réduite par la méthode que l'auteur nomme *endotaxis*.

L'instrument est une tige de caoutchouc durci, portant un crochet mobile commandé par une vis de traction dont la roue est à l'extrémité inférieure du manche.

L'opération consiste à introduire l'instrument à travers l'anus, l'ampoule rectale et le sphincter interne jusque dans l'S iliaque. Arrivé là, le *herniotracteur* devient assez mobile pour pouvoir être amené par son bout supérieur auprès du pédicule de la hernie; on fait alors marcher la roue, et la vis de traction qui abaisse le crochet sur l'anse herniée; puis par des mouvements de recul, de bascule et d'inclinaisons latérales, la hernie est dégagée du collet du sac, les gaz et les liquides retombent dans l'intestin et la réduction s'achève aidée par le taxis externe.

A l'Ecole pratique, devant le docteur Farabeuf, cette manœuvre a été répétée plusieurs fois avec succès sur des cadavres auxquels on avait pratiqué des hernies artificielles. Sur un cadavre porteur d'une grande hernie scrotale, la réduction put s'opérer sans taxis externe par plusieurs reprises du crochet sur le pédicule.

Le docteur Roussel croit qu'au moyen de son instrument il serait possible, dans d'autres cas d'obstructions intestinales par torsion ou par pincement de l'intestin dans des brides accidentelles, de communiquer aux anses intestinales des mouvements capables de les libérer et de rétablir le cours des matières fécales. Il ne propose point son herniotracteur en rival de la herniotomie, mais plutôt en adjuvant du taxis externe. Il pense que ette opération non sanglante serait facilement acceptée par le malade et le médecin le moins opérateur. On éviterait ainsi les pertes de temps, causes d'inflammation et de production d'adhérences. Plusieurs autopsies ont démontré que l'intestin iliaque, quoique tendu par l'instrument et déplacé jusqu'au-dessous de la hernie, ni l'intestin hernié ne souffrent de cette manœuvre.

Un chirurgien étranger a indiqué que cet instrument introduit dans le rectum pourrait servir à fixer devant les mors d'un lithotriteur certains calculs vésicaux difficiles à saisir.

Dr J. Geoffroy.

Election. — M. le Dr Cusco a été élu membre titulaire de l'Académie de médecine, section de médecine opératoire.

Association générale des médecins en France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 24 et le lundi 25 avril courant dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à 3 heures précises.

L'ordre du jour du 24 avril est ainsi fixé : 1° Rapport de M. Woillez, au nom d'une Commission composée de M.M. Woillez, Martineau et Chéreau, sur l'élection du président de l'Association générale ; — 2° Allocution de M. le président ; — 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; — 4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Gosselin, membre du Conseil général ; — 5° Compte-rendu de l'année 1880, par M. Chéreau, vice-secrétaire ; — 6° Rapport de M. Pénard, au nom de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (1re partie).

Le banquet offert à M.M. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements, par le Conseil général de l'association et par les membres de la société centrale aura lieu à l'Hôtel Continental, n° 1, rue Castiglione, à sept heures précises. On souscrit par lettres chez M. le Dr Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23. Le prix de la souscription est de 20 fr.

Le résultat de l'élection du *Président de l'Association générale* était assuré. M. *Henri Roger* Président sortant, a obtenu l'unanimité, des suffrages de l'Association départementale de l'Oise. Il en a été probablement de même dans toutes les Sociétés locales.

Tous les membres de l'Association des médecins de France se félicitent de l'heureuse issue de ce scrutin professionnel.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Réflexions sur plusieurs cas récents de dystocie occasionnée par une tumeur intra-pelvienne, par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

(*Suite et fin*).

Dans l'incertitude où nous sommes à l'endroit

des qualités de la tumeur, *admettons* un instant qu'elle n'ait été ni assez ramollie, ni assez mobile pour livrer passage à la tête du fœtus, après la sortie du tronc, et examinons quelles ressources l'accoucheur avait à sa disposition.

Tout d'abord il faut éliminer la version; car un pareil cas n'avait rien de commun avec celui que j'ai relaté, si ce n'est le nom de l'obstacle. Dans mon observation, la tumeur implantée sur la partie cervicale de l'utérus, a pu suivre le mouvement ascensionnel de la tête, pendant l'évolution du fœtus, et remonter en bloc au-dessus du détroit supérieur. Ici, au contraire, l'adhérence de la production morbide au squelette rendait tout à fait impossible une aussi complète mobilité.

Restent les quatre procédés suivants :

1o Embryotomie par la perforation du crâne et la céphalotripsie, très applicable et indiquée dans le cas où la tumeur ramollie et un peu mobilisable aurait laissé un passage libre correspondant à un diamètre rétréci de 75 à 81 millimètres ou plus. Très probablement inapplicable, si la tumeur avait conservé une rigidité entière, analogue à celle d'une exostose, ce qui eût fait rentrer ce cas de dystocie dans la catégorie des rétrécissements du bassin assez prononcés pour ne laisser au diamètre sacro-pubien qu'une dimension de 54 à 67 millimètres (2 pouces à 2 pouces 1/2). Mais déjà, dans ce degré de rétrécissement, l'embryotomie est si laborieuse et entourée de tant de difficultés et de dangers qu'en sacrifiant l'enfant, s'il est vivant, on a bien rarement la satisfaction de sauver la mère.

2o L'ablation préalable de la tumeur par les voies naturelles, est de tous les procédés qui se présentent à l'esprit le plus rationnel et le plus satisfaisant. C'est celui qui a été appliqué si habilement et si heureusement par le Dr Sidney-Turner (V. le *Concours médical*, no 8), à qui la science devra l'idée entièrement neuve de réunir dans une même opération les deux procédés de la ligature et de l'extirpation. Il est vrai de dire qu'il avait affaire à une tumeur pyriforme pédiculée. Dans mon observation au contraire, toute ligature eût été absolument impossible, car j'ai constaté l'absence complète de pédicule et il n'y avait pas moyen de contourner la base de la tumeur. Aussi la crainte de l'hémorrhagie qui pouvait résulter de l'extirpation et se prolonger après la terminaison de l'accouchement, m'a-t-elle fait bien vite renoncer à l'ablation de la tumeur.

Une pareille ablation était-elle indiquée dans le cas rapporté par la Presse médicale belge? Cela est plus que douteux; car le voisinage de la vessie en eût fait une opération aussi périlleuse que difficile.

3o La symphyséotomie n'est pas passible des mêmes reproches, et elle nous paraît propre à contenter les plus exigeants dans les cas analogues à celui dont il s'agit. A tort ou à raison, l'opération imaginée et pratiquée par Sigault, est entièrement abandonnée par les praticiens comtemporains. Dans son traité, Cazeaux émet cette conclusion qu'elle n'est plus praticable dans l'état actuel de la science. Elle empiète, disent les adversaires, ou sur les droits de l'accouchement spontané, ou sur ceux de la provocation artificielle de ccouchement avant terme, ou sur ceux de l'embryotomie dans les autres cas. Ce n'est pas à nous de juger le procès; car en dehors d'une pratique nosocomicale, l'accoucheur ne saurait aspirer à la prétention de réunir les bases nécessaires d'une appréciation motivée. Nous pensons seulement qu'en thèse générale la symphyséotomie n'est plus applicable dès que l'on doute do la viabilité du fœtus. Dans le cas actuel, elle nous eût encore paru indiquée, quand même la condition précédente n'eût pas été remplie et que la longue durée du travail eût pu inspirer des craintes sérieuses pour la vie de l'enfant. C'est qu'elle ouvrait une voie, la seule facile, à l'énucléation de la production morbide. Ainsi n'hésite-t-on pas à sacrifier le maxillaire supérieur pour se frayer un passage qui permette d'atteindre certains polypes naso-pharyngiens.

Comme la tumeur occupait justement la ligne médiane au lieu d'attaquer la symphyse elle-même il eût été préférable, ce nous semble, de pratiquer la pubiotomie, c'est-a-dire, de diviser, avec la scie à chaîne ou à crête de coq, l'une des tranche du pubis selon le précepte de Stolz, ou même les deux pubis si la dissection de la tumeur avait nécessité une plus large ouverture.

Je ne parle pas de la possibilité de terminer l'accouchement grâce au concours de la seule symphyséotomie. On sait en effet que cette opération fournit un agrandissement de 9 à 12 millimètres du diamètre antéro-postérieur, et il est extrêmement probable que cet orifice eût été satisfaisant pour livrer passage à la tête du fœtus. Mais du moment que la tumeur était mise à découvert, le mieux était d'en profiter pour débarrasser à tout jamais la patiente de sa production fibro-cartilagineuse.

4o L'opération césarienne resterait enfin une précieuse et dernière ressource, si l'on ne pouvait plus compter sur les trois précédentes. C'est ici que la maxime : *melius anceps remedium quam nullum* doit recevoir son application et l'on ne comprend pas que l'accoucheur désarmé, laisse succomber la femme sans rien faire pour la délivrer, plutôt que de courir les chances, si faibles qu'elles soient d'une opération césarienne.

Les solutions précédentes ne sont certes pas les seules auxquelles aient pensé les accoucheurs en présence des tumeurs pelviennes. Il en est une dont je dirai quelques mots en finissant, parce que la publication de mon travail m'a valu récemment la communication d'un fait malheureux très instructif, dans lequel elle a été appelée à jouer le rôle principal. « C'était à la campagne, raconte mon honorable correspondant. Il s'agissait d'une femme de 45 à 46 ans, mal réglée, ayant eu quelquefois de véritables hémorrhagies et primipare. Plusieurs médecins l'examinent à sept mois de grossesse, et il leur est impossible de découvrir le col. Toute l'excavation du bassin est envahie par une tumeur tellement considérable qu'elle empêche la défécation et la miction.

Nos confrères décident d'un commun accord de provoquer l'accouchement sans délai. Les injections d'eau chaude de 20 minutes de durée, répétées trois fois par jour, font éclater le travail au bout de trois jours.

Hémorrhagie dès le début. La femme étant

homme de 18 ans, mal à son aise depuis quatre ou placée sur les coudes et sur les genoux, on finit par découvrir le col en avant, à 5 ou 6 centimètres plus haut que la symphyse du pubis et on ne peut y faire pénétrer plus de deux doigts. L'introduction de la main dans les organes maternels produit une vaste déchirure du périnée, et, sans être délivrée, la femme succombe en pleine connaissance, moins par le sang perdu que par la sidération nerveuse. Si un cas semblable se représentait, je n'hésiterai pas à fendre la tumeur de haut en bas. Si je n'avais eu à ma disposition les instruments appropriés pour agir ainsi, je me serais fait de la place, je serais peut-être parvenu à énucléer la tumeur et le résultat aurait pu être bien différent. »

Malgré ses regrets, mon honorable correspondant tient sans doute encore au fond à son procédé de l'accouchement provoqué ; car il me demande, à propos de mon observation, quelle aurait été ma ligne de conduite, si j'avais été instruit des conditions morbides où se trouvait Mme D., à six ou sept mois de grossesse. « Vous avez parfaitement raison, ajoute-t-il, quand vous signalez le ramollissement de la tumeur, sous l'influence du travail. En aurait-il été de même, si à six ou sept mois, ou même plutôt, vous aviez provoqué l'avortement ou l'accouchement prématuré? »

Je m'en serais bien gardé. Il est évident que la provocation de l'accouchement n'est vraiment rationnelle que si l'on se rend un compte exact, mathématique, des rapports entre les dimensions respectives du bassin rétréci et celles de la tête aux diverses périodes de la vie fœtale. Par exemple, elle eût pu être indiquée et mise en usage avec avantage dans le cas rapporté dans la Presse médicale belge. Mais on n'est autorisé à agir ainsi que si l'on est sûr de terminer l'opération que l'on a commencée et l'on encourrait des reproches trop mérités, si l'on se lançait à l'aventure dans la provocation avant terme d'un accouchement que l'on serait ensuite contraint de laisser inachevé.

On a donc besoin de bien déterminer avant tout la dimension exacte du diamètre rétréci et d'autre part celle de la tête. Or s'il est facile à chaque mois de la grossesse d'estimer la grosseur de cette dernière ; il n'est pas du tout possible de savoir quel sera au juste l'espace laissé libre par une tumeur utérine. C'est précisément cette incertitude sur la valeur d'un des éléments indispensables à connaître, qui devait faire rejeter une intervention, selon nous, intempestive dans le cas dont il s'agit. La tumeur livrerait-elle passage à une tête de sept mois plutôt qu'à celle du fœtus à terme, voilà une question qui ne pouvait être résolue. Il fallait donc s'abstenir et profiter du temps disponible pour essayer de débarrasser la malade de sa tumeur, si possible, sinon, il restait la ressource de la version que j'ai préconisée dans un cas ayant avec le précédent de frappantes analogies. Enfin, si, contre toute attente, aucun des procédés indiqués n'avait chance de succès, il fallait résolument, tout au début du travail, pratiquer l'opération césarienne en cherchant à en amoindrir la gravité trop connue par l'administration préalable du seigle ergoté.

*
* *

II

Comment on prend la fièvre typhoïde

J'ai observé tout récemment quelques faits dont la relation ne sera pas, je l'espère, dépourvue d'intérêt et de profit pour mes confrères. Qu'ils me permettent de les leur raconter en détail, sous forme de causerie et non de dissertation scientifique.

Dans le mois de novembre de l'année dernière, je fus mandé à une lieue de ma résidence pour une jeune femme qui était gravement malade d'une fièvre typhoïde. Cette femme, mère de plusieurs enfants en bas âge, demeure sur le bord d'une petite rivière. Malgré de redoutables complications, elle finit par guérir, elle était convalescente dans les premiers jours de décembre, et sa guérison s'est maintenue malgré une phlébite survenue peu de jours après qu'elle se fut relevée. Je la vis pour la dernière fois le 31 décembre. Vers cette époque l'aîné de ses enfants fut pris de fièvre, de diarrhée et de subdélirium. Il guérit en peu de jours en suivant le traitement que j'avais prescrit à sa mère et qu'on lui fit suivre très exactement, sans que j'aie eu besoin de le visiter régulièrement.

Un peu plus de deux mois après, vers le 20 février de cette année, un enfant mourait presque subitement dans une famille d'ouvriers habitant à environ quatre-vingts mètres de la femme que j'avais soignée, sur le bord de la même rivière en aval. Le médecin appelé constata des phénomènes cérébraux qui lui firent diagnostiquer une méningite aiguë.

Presque immédiatement, — le lendemain du jour où l'on enterrait l'enfant, — un autre, un garçon, âgé de sept ans, déjà souffrant depuis quelques jours, s'alitait et était pris de délire intense avec cris aigus, vomissements répétés. Je fus appelé près de lui le 21 février. Pour des motifs que je ne puis exposer ici, je diagnostiquai immédiatement une fièvre typhoïde grave. Le délire et les vomissements disparurent bientôt : mais divers symptômes d'ataxie succédèrent : l'enfant se mit à marmotter, à tirer ses couvertures, à laisser aller sous lui. Bref, il succomba le 27 dans la nuit.

Peu après, deux autres enfants furent pris de fièvre et de diarrhée et restèrent malades quelques jours. Je fus de nouveau demandé, mais, à tort ou à raison, ayant été mécontent de la façon dont mes soins antérieurs avaient été accueillis, et d'autre part, me trouvant surchargé de besogne par suite de l'absence momentanée d'un confrère, je refusai de retourner chez ces gens. Il paraît qu'on ne fit point appeler d'autre médecin et que ces enfants guérirent spontanément. Dans ces deux faits, il est difficile de ne point voir une contagion, et il est particulièrement remarquable de voir la maladie suivre le cours de la rivière, où, j'en ai acquis la certitude, les linges de la première famille atteinte furent lavés. Je n'ai pas eu jusqu'alors, la possibilité d'éclaircir comment la contagion s'était propagée, une enquête de ce genre étant très difficile à faire à la campagne où l'on nous donne trop souvent des renseignements erronés.

Le 9 mars, mon propre domestique, jeune

cinq jours, fut pris d'épistaxis et de frissons. Je le renvoyai chez lui, persuadé qu'il commençait une fièvre typhoïde et l'événement me donna raison. Ce fut aussitôt le diagnostic d'un de mes confrères, médecin de sa famille. Le cas a été relativement bénin, et ce jeune homme est entré en convalescence à la fin du mois.

A peine avait-il quitté mon service que la bonne, un peu plus âgée que lui, mais très active et très courageuse, se plaignait de courbature générale, d'inappétence et de frissons irréguliers. suivis d'une bouffée de fièvre. Il n'y eut pas de diarrhée : mais seulement de la douleur à la pression et un peu de gargouillement dans la fosse iliaque gauche. La température ne dépassa pas 38°. Traitée dès le début par le sulfate de quinine, en solution à un gramme par jour et un purgatif salin, le cas fut très bénin. Au bout de huit jours cette jeune fille fût rétablie et cependant, quelque courte que fût la maladie, l'organisme avait été si profondément atteint que la face s'amaigrit et se grippa. C'était de toute évidence une fièvre muqueuse légère, médicalement parlant, une fièvre typhoïde bénigne.

J'étais à la fois fort intrigué et peu rassuré de voir se déclarer deux cas de fièvre typhoïde dans ma propre maison. Mais comme je ne crois ni aux constitutions médicales saisonnières, ni aux vagues influences épidémiques, je résolus de me livrer à une enquête plus facile à faire chez soi que chez les autres.

Mon domestique n'était jamais entré chez les malades que j'avais soignés : je lui fis demander si pendant qu'il m'attendait il ne lui avait pas pris fantaisie de boire à la rivière. Il affirma que non. D'ailleurs cela n'eût pas expliqué pourquoi la bonne était prise en même temps que lui. La cause devait être commune aux deux.

Convaincu de cette vérité, absolument démontrée partout, excepté peut-être en France, que l'eau est le grand véhicule de la fièvre typhoïde, je cherchai si dans ma maison même ne se trouvait point la cause que je cherchais au dehors.

Or, dans une cour pavée attenante à la maison, existe une pompe puisant de l'eau dans une nappe d'eau située à une faible profondeur. Cette eau est fortement sulfatée, verdâtre, mais limpide ou à peu près. Depuis deux ans que j'habite cette maison, j'avais formellement défendu de se servir de cette eau comme boisson ou pour la cuisine. Je me suis toujours défié des eaux de puits : on ne sait jamais d'où elles viennent ni ce qu'il y a dedans. Généralement les domestiques ne boivent pas de l'eau claire, et la défense ne paraissait guère s'adresser à eux, d'autant plus que dans le pays que j'habite, il est d'usage de leur donner du cidre. Mais cette année le cidre était très cher et de plus très mauvais : les domestiques se plaignant sans cesse, je pris le parti de leur donner du vin, qui est notre boisson habituelle. Il fallut bien y ajouter de l'eau. C'est alors que nous avons appris que pour s'éviter la peine de courir au bout de la rue chercher de l'eau à la fontaine de la ville, on en prenait à la pompe.

Pendant cette même période de temps (qui dura deux mois environ) ma femme habituellement bien portante, fut prise trois ou quatre fois de diarrhée, accompagnée d'un malaise particulier et d'inappétence. Notre hygiène étant parfaitement réglée, nous ne savions à quoi attribuer ces malaises passagers, que d'ailleurs je n'éprouvais pas, ni mes enfants, sauf le jeune qui eut quelquefois aussi un peu de diarrhée.

Eclairé par la maladie de mes deux domestiques je n'eus pas de peine à trouver l'explication de ces indispositions passagères, jadis inconnues chez nous. On avoua sans difficulté, que *quelquefois*, on avait rempli notre carafe d'eau de la pompe : ils en buvaient bien, nous pouvions bien en boire aussi !... Maintenant pourquoi, moi personnellement, n'avais-je jamais rien éprouvé ? La raison en est péremptoire. Je ne bois *jamais* d'eau ordinaire, mais toujours de l'eau de seltz ou de l'eau minérale. L'aîné de mes deux enfants boit très peu: il passerait bien un repas sans songer à boire. Le jeune au contraire a toujours le verre tendu.

Ce n'est pas tout. Ces jours derniers se présentait à ma consultation une fermière de mes clientes. Elle aussi était souffrante depuis quelques jours— elle *traînait*, ayant des frissons, de l'insomnie, de la céphalalgie, une lassitude insurmontable.

— Avez-vous de la fièvre muqueuse dans votre quartier, lui demandais-je.

— Non, Monsieur. Mais le petit C., que vous soignez aussi, a une fièvre muqueuse dit-on, et il est venu souvent à la maison.

— Et pourquoi faire ?

— Il venait tous les jours chercher son lait. »

C'était le trait de lumière. Je songeai immédiatement au *Milk typhoïd* des Anglais et je repris aussitôt :

— Vous avez un puits chez vous ?

— Oui monsieur.

— Vous buvez de cette eau et vous vous en servez pour la cuisine ?

— Oui monsieur.

J'avais vrais semblablement l'explication de la maladie du jeune garçon que je visitais dans le même temps. Je m'étais demandé pourquoi cet enfant était pris, seul, parmi d'autres enfants de la même famille, et dans un quartier où n'existait aucun autre cas de fièvre muqueuse. Le hasard complaisant venait me renseigner. Et je me suis permis de croire que le lait de ma cliente était tant soit peu *mouillé* d'eau de puits.

Deux jours après cette femme s'alitait et me faisait demander. Depuis six ans qu'elle habitait cette propriété elle avait eu, une ou plusieurs fois chaque année, ce qu'elle appelait des *attaques* de fièvre muqueuse. Et cependant cette femme est d'une excellente constitution, forte, bien développée. Elle habite au bas d'un coteau près d'un cimetière et il est reconnu que le puits est alimenté par une source qui descend de ce coteau en passant sous le cimetière.

Maintenant pourquoi l'enfant a-t-il été affecté plutôt que ses frères ou sœurs, ou même ses parents ? Probablement à cause de la coutume, très répandue ici, de faire bouillir préalablement le lait avant de le consommer. L'enfant qui portait le lait devait en boire quelquefois pendant le trajet.

On m'objectera sans doute que les faits que je cite n'offrent rien de précis, et qu'ils ne présentent même pas entre-eux de liaison bien évidente. J'en

conviens, et je fais remarquer que je n'entends pas faire ici une démonstration rigoureuse, mais exprimer un sentiment, une opinion, et appeler l'attention de mes confrères sur la possibilité de certaines contagions bizarres. Qu'on ne croie pas que j'ai pris des embarras gastriques, de simples courbatures, pour des fièvres typhoïdes légères : celles-ci, même dans leurs formes les plus bénignes, sont caractérisées par un ensemble de signes par une physionomie particulière, qui ne trompent jamais un praticien tant soit peu attentif et expérimenté.

Et pour conclure, je dirai que tandis que l'on *respire* la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., on BOIT la fièvre typhoïde.

Dr HENRY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale (11e lettre). (1)

LE SECRET PROFESSIONNEL.

Notre étude sur les questions relatives au secret professionnel était à l'impression quand nous avons reçu les documents relatifs à la condamnation par le juge d'instruction de Bernay de notre confrère, le docteur Lesueur.

Bien que ce fait ait motivé un excellent article du Dr Galippe, dans *l'Unité Nationale*, nous n'hésitons pas à le placer sous les yeux de nos lecteurs.

Voici ce qu'écrit le Dr Lesueur :

Pendant les mois de juillet et d'août 1880, je suis appelé à donner des soins à la femme L.., et, au bout de trois semaines environ, la situation de la malade s'étant améliorée, cette femme est emmenée à son village distant de 9 kilomètres de Bernay.

Quelques jours plus tard, des moissonneurs découvrent dans un champ voisin de son habitation un placenta humain. Les soupçons tombent sur cette femme, et la justice informe : Deux médecins sont délégués pour examiner et la femme soupçonnée et le placenta trouvé.

Les opinions des deux médecins ne concordaient pas; le juge d'instruction me mande au parquet pour déposer sur les faits dont j'ai acquis connaissance dans l'exercice de ma profession.

Mais je ne puis mieux faire que de donner la copie exacte de mes dépositions.

Interrogatoire du 27 août 1880. — Je ne puis donner des renseignements sur la femme L.., à laquelle j'ai été appelé à donner des soins à la fin du mois de juillet dernier; je me crois obligé par ma profession à conserver le secret sur les faits dont j'ai pu avoir connaissance.

Nous avons observé au témoin qu'étant appelé en justice à déposer de certains faits il était dégagé de toute responsabilité à l'égard de ses clients et n'était dans ce cas nullement passible des peines portées par l'article 378 du Code pénal; il répond que *lié par les obligations de sa profession, il croit devoir garder un secret absolu sur les faits qui arrivent à sa connaissance comme médecin.*

Lecture faite, le témoin a persisté, n'a pas requis taxe, et il a signé avec nous et le greffier.

Interrogatoire du 1er septembre 1880. — Persistez-vous à ne vouloir rien déclarer des faits dont vous avez eu connaissance en soignant la femme L..,? — *Oui, monsieur.* — Cependant vous ne pouvez pas même prétendre que les faits sur lesquels vous êtes interrogé vous aient été révélés par vos clients, sous la condition du secret, car les époux L.., semblent eux-mêmes invoquer votre témoignage.

Il importe peu pour moi que mes clients m'aient ou non imposé le secret, je me crois obligé par ma profession à garder le silence.

Lecture faite, le témoin a persisté, n'a pas requis taxe et il a signé avec nous et le greffier.

Ordonnance. — Immédiatement après la signature, la procédure ayant été communiquée par nous à monsieur le Procureur de la République et ce magistrat nous ayant transmis ses réquisitions,

Nous, juge d'instruction près le tribunal de première instance de Bernay,

Vu le refus du témoin Lesueur de déposer;

Vu les conclusions de M. le Procureur de la République en date de ce jour;

Faisant application au témoin de l'article 80 du Code d'instruction criminelle;

Le condamnons à cent francs d'amende.

De ce qui précède, il a été dressé le présent procès-verbal qui a été signé par nous et par le greffier, monsieur Lesueur ayant déclare ne vouloir signer.

Il a refusé de signer! — Croyez-bien que si une peine quelconque avait pu atteindre de ce chef notre confrère, il ne l'eût pas échappé.

Mais laissons la parole au Dr Galippe : il expose des sentiments tellement semblables aux nôtres, que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire certains passages de *l'Unité Nationale*.

Un de mes amis, profondément sceptique et quelque peu paradoxal, me disait un jour : « Je n'ai pas peur des voleurs, je redoute assez peu les assassins, mais les magistrats m'inspirent une terreur indicible! » Mon interlocuteur étayait son opinion par des arguments dont je ne veux pas examiner la valeur. Pour lui (*est-ce seulement pour lui?*) les magistrats ont reçu de la société des pouvoirs véritablement exorbitants, presque sans contrôle; ils jouissent de privilèges abusifs. Ce sont, en outre, des hommes d'un autre âge, appliquant de vieilles formules à des cas nouveaux, sans trop s'apercevoir que le monde a marché. Les magistrats se considèrent généralement comme indispensables au salut de la société; ils regardent leur mission comme la plus haute dont on puisse être investi; de là, sans doute, cet orgueil de caste, cette raideur intempestive qu'ils montrent trop souvent dans l'exercice de leurs redoutables fonctions. Maîtres absolus sur leur terrain, ils ne sont que trop portés à abuser de leurs avantages, et à faire durement sentir cette supériorité artificielle qu'ils tiennent plutôt des institutions que de leur valeur personnelle, etc.... Bref, mon ami ne tarissait pas sur ce chapitre et concluait en demandant, sur l'organisation de la magistrature, des réformes que nous pouvons caractériser de radicales.

On peut ne point partager cette opinion, mais reconnaître néanmoins qu'il est des magistrats appliquant la loi d'une façon tout à fait fantaisistes....

Ouvrons une parenthèse : Comment veut-on que des hommes qui entendent constamment répé-

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16.

ter que leur opinion constitue la vérité, n'oublient pas à la longue que c'est là une fiction légale et ne finissent par se croire véritablement infaillibles? — Ce n'est pas, comme le dira plus loin notre confrère, une exception ; non, pour nous, c'est le fait d'une institution vicieuse; on changera les hommes, mais on ne changera pas la manière d'agir, on ne détruira pas cette absolue confiance en eux-mêmes qui n'est pas un des moindres défauts de nos magistrats. C'est l'institution qu'il faut réformer! c'est la procédure qu'il faut mettre au niveau des idées modernes!

Le Docteur Galippe raconte le cas de notre confrère Lesueur, et il ajoute :

Il faudrait pourtant s'entendre! Oui ou non, la loi interdit-elle au médecin de trahir le secret médical? Si oui, puisque cette obligation est dans le code, pourquoi, vous, magistrat, essayez-vous de violenter la conscience d'un médecin qui se refuse à être votre complice?

Et quelques lignes avant :

Voici deux hommes en présence, l'un est chargé d'appliquer la loi et tente de la violer, l'autre au contraire, est un médecin portant très-haut le respect de sa profession et des obligations qu'elle lui impose et qui refuse de trahir la confiance d'un malade. Quel contraste étrange!

Eh bien, nous l'avouons, nous ne partageons pas cette dernière manière de voir du Dr Galippe. Non, le magistrat ne tentait pas de violer la loi! Non, dans son âme et conscience, il ne croyait pas manquer aux devoirs que la société lui a confiés! sa personne est hors de cause, et c'est plus loin qu'il faut faire porter la responsabilité.

Le malheur a voulu qu'en France on s'ingéniât toujours à tirer de la loi ce qu'elle ne comporte pas! qu'on mît les textes à la torture pour établir une jurisprudence aussi peu justifiée que variable et qui n'a pas même le mérite de faire autorité!

Vérité en deçà des Alpes, erreur au delà, disait Pascal. Il eût pu dire avec autant de justesse : *vérité en deçà de la Loire, erreur au delà* car il n'est pas même besoin de passer la frontière pour trouver de telles contradictions!

Ce que nous devons réclamer, c'est d'être soustraits aux incertitudes de la jurisprudence, c'est d'être régis par la loi!

Les hommes, quelque costume qu'ils portent, quelques fonctions qu'ils remplissent, ne sont jamais que des hommes — pourquoi demander d'eux ce qu'ils ne peuvent donner et exiger qu'ils se soustraient à l'erreur, à la routine, à l'esprit de caste, à toutes les faiblesses humaines?

Pas si paradoxal que cela, *l'ami du Dr Galippe!*

Mais reprenons :

Une loi fixant d'une façon définitive l'obligation de l'inviolabilité du secret médical serait nécessaire. Nous ne pouvons point être à la merci des magistrats, auxquels nous ne voulons reconnaître aucune compétence pour nous dicter nos devoirs professionnels. Aussi, nous estimons que M. le Dr Lesueur a parfaitement agi en refusant énergiquement et à deux reprises différentes de trahir une malade qui l'avait appelé à son chevet.

La condamnation qui l'a frappé est un honneur pour lui et pour le corps médical tout entier. Néanmoins nous sommes d'avis qu'il doit épuiser tous les degrés de juridiction et tenter par tous les moyens possibles de faire réformer l'arrêt qui l'a frappé.

Oui, sans doute, nous approuvons ce langage, *mais* l'honneur que retire le docteur Lesueur lui coûte 100 fr. et nous estimons, dans notre humble sagesse, qu'il eût préféré se passer de l'honneur et garder son argent. — Il poursuivra la cassation de l'ordonnance, mais, outre qu'il n'est pas sûr de réussir, il sera entraîné à des frais plus ou moins considérables et, quoi qu'en dise le Dr Galippe, la presse médicale de Paris ne pourra que ronger son frein, la protestation proposée par lui étant formellement défendue par la loi.

Faits particuliers, faits exceptionnels, nous dit-on. Est-on bien sûr d'abord qu'ils soient si rares. Chacun de nous ensuite ne se sent-il menacé par la peine qui frappe un membre du corps médical?

Nous l'avons déjà dit, et nous ne cesserons de le répéter : bien coupables sont les confrères qui se désintéressent de toutes ces questions parce que personnellement ils ne sont pas en cause! Nous devons être solidaires les uns des autres et faire cause commune pour protester contre tous les abus dont nous sommes victimes; c'est le meilleur, nous dirons même le seul moyen de nous protéger personnellement!

Que chacun de nous apporte sa pierre à l'édifice, le *Concours* aura autorité pour élever la voix quand le moment sera venu, et l'on verra enfin si à tout jamais doivent être étouffées les doléances d'une des professions les plus intéressantes qui soient dans la société moderne.

Dr A. Gassot, de Chevilly (*Loiret*).

II

Encore la médecine navale.

Monsieur le directeur et très honoré confrère.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les divers articles que vous avez publiés dans le Concours, sur la médecine navale, dont je faisais partie il y a peu de temps encore. Mais je suis étonné qu'aucun de ceux de nos confrères qui se sont occupés de la question, n'ait songé à parler des *Ecoles de médecine navale.*

La guerre n'a qu'une Ecole, la France toute entière n'a eu fort longtemps que *trois Facultés*. La marine à elle seule éprouve le besoin d'avoir *trois* Ecoles de Médecine.

Ces trois écoles comprennent un personnel à peu près complet de professeurs et de sous-professeurs (agrégés, chefs de clinique, prosecteurs, etc.), qui, pour les trois Ecoles, forme une phalange enseignante au bas mot, de trente membres. Quant on songe maintenant que les promotions d'aides-médecins ne dépassent pas 35 à 40 nominations en moyenne, on ne peut s'empêcher de comparer le chiffre des sujets formés avec celui des professeurs, et d'admirer la sollicitude de l'Etat, qui fournit presque un professeur à chaque élève. Vous me direz que tous ceux auxquels cet opulent enseignement est distribué ne sont pas reçus aides-médecins, ce qui est vrai; mais en mettant tous les élèves des trois Ecoles de médecine maritime au nombre de 120 nous avons un professeur pour 4, ce qui me paraît encore plus que suffisant.

En lançant un regard peut-être indiscret du côté de notre satellite, la *pharmacie*, nous trouverions plus d'un professeur par élève, mais passons. L'enseignement donné dans ces Ecoles est-il donc si indispensable et si spécial? Non, puisque les élèves qui en

sortent ont besoin de la sanction des Facultés pour exercer plus tard leur profession ou pour obtenir de l'avancement.

Outre la brèche au budget que produit cette organisation, elle offre encore plusieurs aspects qui sont plus que bizarres.

Ainsi, l'Inspecteur Général du corps sort toujours de la branche enseignante, trois places de Directeur sur cinq lui sont réservées; pendant que les martyrs du cadre naviguant, s'exposent à tous les dangers, ces messieurs les professeurs font ou font faire leur cours à leurs 4 élèves, et attendent avec une patience calme les croix et les grades qui ne peuvent manquer de couronner leur carrière.

On soupçonne cette savante organisation de favoriser le népotisme. Mais n'écoutons pas les mauvaises langues qui parlent de l'hérédité de certaines chaires; constatons le phénomène sans chercher à l'approfondir.

Il me semble qu'en faisant appel aux jeunes gens qui sortent des Facultés et en leur faisant une position honorable qu'on pourrait rendre plus lucrative, avec l'argent jeté à profusion dans les trois Ecoles, la Médecine navale arrêterait la désertion qui décime ses rangs, ou ne s'exposerait plus à manquer de sujets.

Agréez, monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr Fischer, à Carre (Hte-Saône.)

M. Fischer a raison; il y a dans les écoles de *médecine navale* un luxe de professeurs préjudiciable aux intérêts du budget. Mais sommes-nous bien venus à nous en plaindre?

Il est certain que l'argent que l'Etat dépense de ce chef pourrait très-bien être appliqué aux médecins qui naviguent.

N'y aurait-il pas avantage pour tous à faire disparaître au moins une des écoles de médecine navale, si, ce qui est probable, on se refuse à supprimer les Ecoles de médecine navale, comme le réclame notre confrère.

* * *

Monsieur le directeur,

Le *Concours médical* donne des conseils aux jeunes gens en quête d'une carrière médicale et s'occupe en ce moment des médecins de la marine.

Permettez à un ex-médecin de la marine de raconter en peu de mots son histoire à vos lecteurs.

Les faits en apprendront plus que toutes les dissertations.

J'entrai en 1868 dans une école de médecine navale avec l'espoir, en travaillant, d'être reçu aide-médecin au bout de deux ans, comme l'indique le programme.

La guerre éclate en 70 et on ajourne à l'année suivante les épreuves du concours pour ce grade; nous demandons à partir pendant la guerre avec nos camarades d'âge pour partager leur mauvaise fortune. On nous offre le choix entre la vareuse d'apprenti marin ou le tablier de carabin à l'hôpital de la marine.

Nous préférons nous résigner à faire des pansements aux blessés que balayer le port.

Le concours a lieu en 71 et au lieu d'augmenter le nombre des places pour deux promotions on le laisse au chiffre ordinaire de 30 pour 150 ou 200 candidats sérieusement préparés.

Admissible dans les 40 premiers, j'accepte une place d'aide-médecin auxiliaire dans l'espoir d'être plus heureux plus tard et je pars en campagne à la côte occidentale d'Afrique, où après un séjour de trois années dans les postes mortels de l'intérieur de la colonie, ma santé est tellement délabrée par les accès simples ou pernicieux, les insolations, dyssenterie, etc., qu'on m'envoie en convalescence.

Arrivé en France, je consacre mon congé à passer rapidement mes examens de doctorat pour être prêt à concourir en septembre pour le grade de médecin de deuxième classe.

Epuisé par le travail, je tombe malade, après avoir subi les premières épreuves de ce concours; les accès de fièvre reparaissent et m'empêchent de continuer les examens: ceux qui ont été atteints me comprendront.

Je demande à être ajourné à trois mois pour me faire recevoir auxiliaire de deuxième classe.

Le ministre consulté répond :

« M. X. aide-médecin auxiliaire ayant été empêché « par son état de maladie de continuer les épreuves « de l'examen de deuxième classe....., je ne saurais « accueillir sa demande de sursis de trois mois pour « subir l'examen d'auxiliaire de deuxième classe.....; « d'un autre côté, il demeure constaté que l'état d'a- « némie de M. X... le met dans l'impossibilité de ser- « vir aux colonies....., j'ai en conséquence décidé « qu'il sera licencié de son emploi à compter du len- « demain de la réception de la présente dépêche. »

(Extrait de la dépêche ministérielle au préfet maritime).

Cette dépêche qui renvoie ainsi dans ses foyers un médecin malade par suite de son séjour dans des postes malsains, un serviteur ayant déjà sept ans de service dont quatre à la mer ou aux colonies se passe de commentaires.

Un bon maître n'a jamais mis à la porte son serviteur tombé malade en le servant.

Bien d'autres de mes confrères ont été traités comme moi.

Voilà les inconvénients de la carrière; ce n'est pas à moi à vous en décrire les avantages.

Veuiller agréer monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération respectueuse.

Dr X. *membre fondateur 962.*

12 janvier 1881.

La lettre de M. le Dr X... est encore plus spéciale que celle de M. le Dr Fischer, car elle n'a trait qu'à une fraction du *corps médical naval*. Les *auxiliaires* contractent avec la marine des engagements tout à fait limités; ils ont la faculté de quitter le service quand bon leur semble; le ministre à son tour les remercie, quand il n'a plus besoin de leurs services ou qu'il ne peut plus compter sur eux. Les jeunes gens qui sollicitent la position d'auxiliaire le savent très bien. Leur renvoi même pour cause de maladie contractée au service, est une conséquence, (éloignée il est vrai) du contrat passé entre eux et l'Etat. L'Etat certainement n'est pas généreux dans ce cas, mais l'Etat défend sa bourse et la bourse n'eut jamais de cœur; et dans le cas particulier du Dr X... son renvoi dans les conditions énoncées, est vraiement odieux.

* * *

La commission des cadres des officiers de la marine a entendu M. Allègre, qui lui a exposé l'organisation du service de santé.

M. Allègre a fait l'historique de cette organisation depuis François Ier, jusqu'à nos jours, en passant par Louis XIV, la Révolution de Juillet et le second empire; depuis l'époque où il n'y avait à bord que le *médecin de papier*, c'est-à-dire un *codex*, un manuel des maladies et des re-

mèdes, manuel que le capitaine était chargé d'appliquer, jusqu'à l'époque plus récente ou le service de santé a été organisé sur des bases solides.

M. Allègre a passé en revue lee diverses réorganisations qui se sont succédées depuis 1789 jusqu'en 1875.

Il a indiqué la situation actuelle du service dans son ensemble et ses détails et a commencé à exposer les diverses réclamations qui ont été formulées par les intéressés au sujet de l'organisation aujourd'hui en vigueur et des modifications y apportées par la loi des cadres.

Il a insisté d'une façon spéciale sur l'insuffisance du nombre des chaires dans les écoles de médecine navale.

Il s'est fait l'interprète des réclamations des médecins de la marine, qui protestent : 1° contre la préséance accordée, à égalité de grade, aux officiers de vaisseau; 2° contre l'avancement pour les grades supérieurs donné pour trois quarts au choix et un quart à l'ancienneté; 3o contre la retraite du grade supérieur attribuée aux lieutenants de vaisseau seuls, après quatorze ans de grade.

Ces mêmes médecins demandent également l'assimilation complète à tous les grades et l'augmentation dans le cadre des officiers supérieurs de leur corps.

M. Allègre a ensuite exposé les vives réclamations qui se produisent parmi les jeunes médecins de la marine, au sujet des concours successifs auxquels ils sont soumis pour l'avancement, concours qui entravent leur carrière sans être une garantie de savoir professionnel.

L'orateur a fait part à la commission des différentes propositions de réforme qui tendraient à assurer un avancement plus certain, tout en donnant des garanties scientifiques plus grandes.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Du traitement des kystes hydatiques du foie.

Le *Médecin Praticien* résume ainsi l'intéressante discussion qui a eu lieu à la *Société de chirurgie* à propos d'une observation communiquée par M. *Chauvel :*

Un jeune sous-officier entre au Val-de-Grâce pour un kyste hydatique du foie. M. Du Cazal pratique une ponction capillaire, après laquelle le liquide se reproduisit. Une seconde ponction, faite au mois de novembre, donna 750 grammes d'un liquide purulent. Ce malade fut alors transféré dans le service de *M. Chauvel* qui fit l'incision des téguments; puis, au bout de quelques jours, alors qu'il supposait que des adhérences étaient établies, le chirurgien fit plusieurs ponctions. Au mois de janvier dernier, il fit deux ponctions dans le huitième espace intercostal et tira deux fois du pus.

Le 21 janvier, M. Chauvel divise les téguments au thermo-cautère, puis, avec la pointe du bistouri il ouvre la poche, et pratique quelques lavages avec de l'eau phéniquée; il s'écoule 2 litres de pus. Actuellement l'écoulement par le drain diminue; la poche revient sur elle-même, elle contient à peine 50 grammes de liquide. La plaie extérieure est cicatrisée, sauf au niveau du tube.

Le 21 février, le malade sent une douleur dans l'estomac, comme s'il y avait eu rupture du kyste, mais le lendemain tout était rentré dans l'ordre.

Ainsi un chirurgien ne doit pas tenter l'ouverture d'un kyste du foie avant de s'assurer de la profondeur du kyste. Dans sa première incision, M. Chauvel a fait courir au malade quelques dangers; il a pu cependant s'arrêter en chemin. Le thermo-cautère lui a paru préférable au bistouri pour l'incision des parties molles.

M. Verneuil emploie, depuis quelques années, avec un succès constant, pour le traitement des kystes hydatiques suppurés, une méthode mixte qui consiste dans l'introduction jusque dans la poche kystique, à l'aide d'un gros trocart, d'une sonde en caoutchouc rouge s'adaptant exactement à la canule du trocart. Puis on se sert de cette sonde comme Reybart se servait du trocart même; on peut faire des injections antiseptiques dans ce tube. Les adhérences s'établissent et, à partir du huitième jour, la poche s'enflammant légèrement, les hydatides meurent; la suppuration s'établit, on retire la sonde, et l'on voit sortir par la plaie, non-seulement des hydatides, mais des portions de la paroi de la poche. Cette suppuration dure environ trois semaines; on peut remettre la sonde tous les deux jours pour faire des lavages.

M. Desprès préfère l'ouverture par les caustiques.

M. M. Sée préfère une simple ponction avec la canule à demeure. Comme dans certains cas, les lavages phéniqués ne suffisent pas pour déterger la poche, il se sert d'une canule spéciale, recourbée en forme de demi-cercle, ouverte sur le milieu de son trajet et disposée de façon à permettre de faire alternativement de l'aspiration et des injections phéniquées.

M. Tillaux, avant tout, fait une simple ponction évacuatrice qui suffit dans plusieurs cas. Si ce procédé échoue, il divise la peau et les couches sous-cutanées à l'aide du caustique de Vienne; puis, lorsqu'il est arrivé à n'avoir plus qu'une paroi peu résistante, il enfonce une flèche de pâte de Canquoin dans toute sa longueur et la laisse en place; il obtient ainsi une large ouverture par laquelle le kyste se vide en masse. M. Tillaux trouve à son procédé l'avantage d'assurer les adhérences, de donner une très large ouverture par laquelle sortent librement les hydatides et les débris de la poche, enfin de supprimer toute espèce de canule et de n'entraîner qu'une inflammation très limitée.

* * *

Action toxique de la cantharidine.

M. Cornil a résumé, devant la *Société médicale des hôpitaux*, les recherches qu'il a entreprises sur ce sujet et il en a tiré des conclusions pratiques sur lesquelles nous croyons devoir attirer l'attention de nos confrères.

Lorsqu'on injecte sous la peau d'un lapin de 0 gr. 005 à 0,01 de cantharidine en solution dans l'éther acétique, on produit au bout d'une demi-heure une néphrite qui se caractérise déjà par une grande quantité de globules blancs épanchés dans la capsule des glomérules de Malpighi, entre cette capsule et le bouquet vasculaire du glomérule. Les cellules des tubes contournés sont altérées en même temps. Une heure après l'injection, les tubes droits du rein et les tubes collecteurs sont enflammés eux-mêmes. Dans ces derniers, les cellules, cylindriques à l'état normal, sont devenues pavimenteuses par pression réciproque ; elles sont très-nombreuses, et remplissent complètement les tubes qu'elles distendent. On voit aussi, le long de la paroi de ces tubes, et entre les cellules pavimenteuses, des cellules migratrices qui se moulent sur les surfaces convexes des cellules pavimenteuses. La vessie présente aussi une multiplication très-remarquable des noyaux de ses cellules épithéliales superficielles. Il s'agit donc ici d'une néphrite assez intense et d'un catarrhe de la vessie.

Mais cette néphrite n'est pas le seul phénomène de l'intoxication cantharidienne. Le poison charrié dans le sang est répandu dans toute l'économie ; il se manifeste par des inflammations des muqueuses et de divers organes, par de l'entérite, par une laryngo-trachéo-bronchite et par de la congestion pulmonaire. On trouve, dans tous les organes atteints, une irritation de la surface interne des vaisseaux, caractérisée par la tuméfaction des cellules endothéliales et par une couche adhésive de globules blancs. Dans le foie, en particulier, les vaisseaux capillaires présentent, par place, des amas de globules blancs qui constituent de véritables thrombus analogues à ceux qui existent dans la leucocythémie.

Cette inflammation du rein et des muqueuses intestinales et respiratoires est la même, qu'on ait employé la cantharidine ou la poudre de cantharides, soit à l'intérieur, soit en application locale sur la peau. Un vésicatoire étendu produit donc le même effet.

Chez l'homme, l'action d'un grand vésicatoire appliqué pendant longtemps donne souvent lieu, comme on le sait, à une pyélo-cystite et à une néphrite albumineuse. Lorsque le vésicatoire produit ces accidents, il est évident que la cantharidine a été absorbée par la peau et qu'elle a passé dans le sang. Elle donnera donc lieu chez l'homme à des phénomènes d'intoxication générale plus ou moins atténués, mais analogues à ceux qu'on observe chez les animaux, c'est-à-dire à de l'entérite, à de la congestion pulmonaire et à une irritation catarrhale des voies aériennes.

Il en résulte que, lorsqu'on place de grands vésicatoires sur la poitrine dans les inflammations pulmonaires, et qu'on les laisse longtemps en place, de façon à produire de la cystite, on peut aussi produire en même temps une congestion du poumon et des bronches, et même de la broncho-pneumonie. On détermine ainsi l'effet inverse de celui qu'on voulait produire. On augmente l'inflammation qu'on désirait combattre. On excite la fièvre, et la douleur, causée par le vésicatoire aussi bien que par la cystite, vient s'ajouter aux autres symptômes qu'elle aggrave.

D'où cette conclusion que les vésicatoires sont dangereux lorsqu'ils sont très-étendus en surface et qu'on les laisse longtemps en place. Aussi ne doit-on les employer que comme révulsifs, en ne les laissant appliqués sur la peau que pendant deux ou trois heures. Sur de jeunes sujets, cela suffit pour produire une congestion cutanée, et, lorsqu'on place un cataplasme chaud aussitôt après avoir enlevé le vésicatoire, on obtient encore une phlyctène.

*
* *

Un nouveau signe de la scrofule.

Nous citerons encore l'intéressante communication faite à la même société par M. *Constantin Paul* sur un nouveau signe de la scrofule qui est fourni par le percement du lobule de l'oreille. Cette question avait été déjà soulevée par M. Verneuil, à propos des modifications que présentent les suites d'un traumatisme suivant l'état constitutionnel du malade.

M. Constantin Paul a été frappé, à son tour, qu'une opération aussi minime en réalité puisse faire surgir parfois des phénomènes diathésiques. Le premier fait qu'il ait observé remonte à 16 ans et se rapporte à un membre de sa famille, jeune femme d'apparence superbe, chez laquelle cette simple ponction des oreilles détermina un eczéma constitutionnel des oreilles. Chaque année, en effet, à dater de ce moment, cette malade fut sujette aux manifestations d'un eczéma herpétique.

Triquet avait, dans son livre, signalé le fait d'accidents immédiats et non de phénomènes ultérieurs et pouvant s'éterniser comme celui-ci.

Mais, à dater de ce jour, je poursuivis des recherches dans cet ordre d'idées, dit M. Paul, et je remarquai si fréquemment le développement de petits lupus, à la suite du percement des oreilles, que, dans l'espace d'un an, je rassemblai 120 observations qui me permettent d'énoncer les faits suivants.

Quand on perce les oreilles d'un enfant scrofuleux, il se fait une petite suppuration au bord inférieur, tandis que le bord supérieur guérit par seconde intention ; et cette suppuration marche parfois jusqu'à ce que le lobule de l'oreille soit entièrement fendu. Mais le sujet désireux de masquer cette difformité par des boucles d'oreilles, se fait de nouveau percer le lobule, de là une nouvelle déchirure. J'ai vu une femme qui se fit ainsi percer 8 fois de suite les oreilles, et 8 fois l'oreille fut sectionnée, et les accidents se perpétuèrent pendant 20 ans.

Sur les 120 observations que j'ai recueillies, j'en ai 24, où une seule oreille a été ainsi sectionnée et 31 où les deux oreilles sont dans le même cas.

Chez d'autres individus, la cicatrisation se fait sans réunion et la boucle d'oreille descend peu à peu, jusqu'à ce qu'il y ait séparation complète du lobule. Parmi les causes, on a cité l'arrachement accidentel, mais je ne l'ai constaté que chez 3 individus sur 120.

A côté de ces ulcérations diathésiques, il faut placer les vices de conformation, les cicatrices de variole ou de brûlure. Quant à la syphilis, elle

ne produit rien de semblable, à moins que l'individu ne soit déjà scrofuleux. Les diathèses herpétique et arthritique n'entrent, non plus, pour rien dans le développement de ces phénomènes.

La cause réelle de ces accidents c'est le travail d'ulcération qui se fait à la suite du percement des oreilles, travail à processus lent, qui, sur 114, cas a varié entre quelques semaines et 20 ans.

En résumé, 96 individus sur 116 étaient manifestement scrofuleux.

M. Constantin Paul termine sa communication par les conclusions suivantes : 1° le percement des oreilles peut donner lieu à des phénomènes très-nets inhérents à la constitution scrofuleuse des sujets; 2° ce signe de la scrofule est très-important à rechercher dans le choix d'une nourrice; 3° il faut éviter de percer les oreilles d'individus scrofuleux, à moins qu'ils ne soient atteints d'ophthalmie scrofuleuse; alors la suppuration de l'oreille pourrait produire une dérivation favorable.

* * *

Corps étranger dans le canal de l'urèthre.

M. le Dr *E. Bœckel*, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg, était appelé un matin par M. le Dr Gérard, pour un individu qui s'était enfoncé, la veille au soir, un porte-plume dans l'urèthre, soi-disant pour se faire uriner.

Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, très-inquiet de sa situation, bien que les souffrances physiques fussent très-modérées. Il avait pu uriner dans la nuit malgré la présence du corps étranger. Celui-ci, au dire du malade, était formé d'une tige ronde en bois, munie d'une armature métallique à bord assez tranchant; le tout était long de 17 centimètres avec un diamètre de 8 millimètres.

En palpant le périnée, on sentait distinctemsnt le bout antérieur du porte-plume, c'est-à-dire sa partie métallique, arc-boutée fortement derrière le scrotum.

Le canal était large et peu sensible, comme on pouvait s'y attendre chez un sujet qui s'introduisait un corps de ce calibre dans l'urèthre.

Au moyen d'une petite pince à polypes, à branches croisées, M. le Dr Bœckel put arriver assez facilement jusque sur le corps étranger, mais chaque fois qu'il essayait de le saisir entre les mors de l'instrument, la muqueuse venait s'interposer entre la pince et le bout du porte-plume. Il était donc évident que celui-ci, poussé fortement en avant, en raison de sa longueur, s'était coiffé de la muqueuse uréthrale. Pour le dégager, l'opérateur dut le pousser un peu en arrière et en haut, avec la main gauche, et parvenant aussitôt à le saisir avec les pinces, il put le ramener doucement au dehors.

Cette petite opération ne donna lieu qu'à l'écoulement de quelques gouttes de sang, et peu de jours après, le malade ne se ressentait plus de sa mésaventure. Le porte-plume avait bien les dimensions indiquées par le malade, et, d'après la position occupée par le bout antérieur dans la partie postérieure de l'urèthre, il devait avoir pénétré en partie dans la vessie. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

Dr GEOFFROY.

COMMUNICATION

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie de vouloir bien rappeler à vos lecteurs qne c'est le 30 avril qu'expire le délai fixé pour l'envoi des résumés des travaux aux secrétaires des différentes sections du Congrès international de Londres.

En même temps j'ai l'honneur de vous annoncer que des arrangements exceptionnels ont été faits avec l'adminitration du « Langham Hotel » pour le logement des étrangers, qui désireraient y séjourner.

Il est également probable que les membres du Congrès bénéficieront d'une réduction considérable sur le prix du parcours sur les chemins de fer français et anglais.

Je saisis cette occasion, monsieur le Rédacteur, pour rappeler aux intéressés, qu'une *Exposition médicale et sanitaire* aura lieu au « South Kensington Museum » du 16 Juillet au 13 août.

Désirant donner la plus grande extension à la partie française de cette exposition, le Comité a décidé que le délai d'admission qui expirait le 16 Avril serait prorogé jusqu'au 15 Mai. Les demandes d'admission doivent être adressées le plus tôt possible à M. Judge, Parkes Museum Gower Street, London. Je me tiens du reste à la disposition des exposants, qni désireraient avoir de plus amples renseignements.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mon plus profond respect.

Dr Oscar JENNINGS.

ERRATUM

« Dans notre article sur le traitement de la fièvre typhoïde s'est glissée une erreur de mots que chacun de nos lecteurs aura sans doute corrigée de lui-même. Dans la formule qui se trouve, à la page 138, au lieu de créosote 2 *grammes* il faut lire : créosote 2 *gouttes*. » P. G.

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : Dr *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : Dr *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : Dr *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : Dr *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : Dr *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : Dr *Bibard Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : Dr *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le Dr *Margueritte au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : Dr *Boëll à Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : Dr *Hennart à Gacé* (Orne).

11° Sociétés de Secours mutuels : M. lo Dr *Béraud à Charlieu* (Loire).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

30 Avril 1881 — 3me Année. — No 18

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

C'est *M. Hardy* qui, dans la dernière séance, a pris la parole pour faire le *discours contre* la vaccination obligatoire. Comme tous les adversaires de l'obligation, l'orateur a commencé par se déclarer partisan convaincu de la vaccine; puis il a exposé les motifs pour lesquels il combattait l'obligation, comme moyen préventif à opposer à la petite vérole. Le principal de ces motifs c'est que, malgré toutes les mesures prises, on n'a pas encore trouvé de moyen cocrcitif capable d'empêcher l'extension d'une autre maladie, la *grande* parente de la petite vérole!

« La petite vérole a une grande parente, son homonyme, la syphilis, contre laquelle des médecins autorisés ont tenté d'instituer des moyens préventifs par trop énergiques, tels, par exemple, que l'hôpital-prison proposé par un confrère. Un autre, non moins philanthrope, n'a-t-il pas été jusqu'à demander la continence obligatoire pour les célibataires auxquels les rapports sexuels légaux sont impossibles?

« Pourquoi ne pas demander, dans le même ordre d'idées, la fidélité conjugale obligatoire? »

Nous demandons pardon à M. Hardy, mais jusqu'ici nous avions cru que la fidélité conjugale était obligatoire, au moins en droit, sinon en fait. D'ailleurs, il est bien à penser que si quelqu'un trouvait un moyen de préservation contre certains accidents dont parle Molière, une sorte de vaccine contre les coups de canif dans le contrat, on n'aurait pas besoin, à ce sujet, de décréter l'obligation : ce serait à qui des deux époux voudrait faire vacciner son conjoint!

« Mais, continue M. Hardy, la rougeole et la scarlatine ne sont pas moins dangereuses, pas moins contagieuses que la variole : pourquoi, dès lors, ne pas prendre contre ces maladies les mêmes mesures préventives? » La réponse est bien simple : c'est que nous n'avons pas encore trouvé, pour la rougeole et la scarlatine, le correctif certain que le vaccin nous fournit pour la variole Mais si nous ne pouvons nous préserver de la rougeole et de la scarlatine, ce n'est pas un motif pour ne pas user, contre la petite vérole, des armes qui sont entre nos mains.

M. Hardy ne veut pas plus de *médecine d'État* que de *religion d'État* : nous n'en voulons pas davantage; mais nous croyons que, dans l'intérêt de tous, le Gouvernement a le droit et le devoir de s'occuper des épidémies aussi bien que des épizooties; de chercher à prévenir et à combattre ces fléaux par tous les moyens qui sont en son pouvoir, sans que nous ayons à craindre la naissance d'un régime nouveau, que M. Hardy appelle spirituellement le *despotisme de la lancette*.

Qui donc d'ailleurs voudrait se charger de plaider la cause de la *liberté des épidémies?* Que chacun soit libre d'être malade à son gré et de se soigner à sa guise, c'est un principe que personne ne conteste, mais que l'on soit libre de communiquer ses maladies à son voisin, voilà le fait que nous contestons absolument.

Si vous faites que, *par votre faute*, je prenne

la petite vérole (je ne parle pas de l'autre, *la grande parente*, parce que, n'étant pas épidémique, celle-ci ne viendra pas m'attaquer chez moi, si je ne vais pas la chercher moi-même chez vous, ce qui change bien les conditions et déplace la responsabilité), si donc, *par votre faute*, je prends la petite vérole, vous me causez un dommage et je devrais être en droit de vous en demander réparation, absolument comme si, *par votre faute*, vos animaux malades infectent les miens : n'y a-t-il pas un article du Code qui oblige à la réparation du préjudice causé?

M. Hervieux, qui s'était chargé aujourd'hui de faire le *discours pour* l'obligation, n'a apporté aucun argument nouveau dans la discussion. Il est partisan de l'obligation, mais sans les mesures coercitives édictées dans le projet de loi ; c'est-à-dire, comme le remarque spirituellement le rédacteur du *Journal des connaissances médicales*, que l'honorable M. Hervieux est partisan de « la vaccine obligatoire... sans l'obligation ! »

— Au début de la séance, M. le Dr *Apostoli* avait donné lecture d'un travail fort intéressant *sur une nouvelle application de l'électricité aux accouchements*.

L'auteur propose l'introduction, dans la thérapeutique obstétricale, de la faradisation utérine après tout accouchement : 1° parce que c'est une merveilleuse méthode par son application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique, toujours inoffensive, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté; 2° parce que son but immédiat est de restaurer la femme le plus promptement possible; et son but éloigné, de prévenir toute complication utérine ultérieure.

Posée dans ces termes, la question se recommande à l'attention des praticiens, comme toutes celles qui tendent à alléger, pour la femme, le fardeau de la maternité.

Voici d'ailleurs les conclusions dans lesquelles l'auteur résume son travail.

« Etant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant à terme ou non, j'applique immédiatement, et séance tenante, à son utérus un courant faradique ou induit engendré par une bobine à fil gros et court et à intensité progressivement croissante : je renouvelle cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal ; quinze à vingt fois en moyenne pendant dix à quinze jours, après une fausse couche ou un accouchement laborieux. J'ai pour but d'aider, de hâter, et de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

« L'étude de 32 cas observés depuis deux ans, parmi lesquels 11 fausses couches, 21 accouchements à terme, pour lesquels j'ai fait au total 500 électrisations de l'utérus à l'état de gravidité et de puerpéralité, me permet de tirer les conclusions suivantes :

1° La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive.

2° La faradisation est un calmant et un sédatif constant.

3° La faradisation abrège considérablement la convalescence, en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus que l'on ne sent plus au dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général.

4° La faradisation accélère le retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions.

5° La faradisation préserve la femme de toutes les complications utérines qui sont le fait de l'accouchement.

6° La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines, suites de couches, comme la rétroflexion où rétroversion.

7° La faradisation m'a paru diminuer l'écoulement lochial.

8° Etant donnée la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très variable et est en raison inverse de son inertie.

9° L'action de la faradisation sur l'utérus, comparée à celle du seigle ergoté, est manifestement plus prompte et plus énergique. »

Dr J. GEOFFROY.

MEDECINE PRATIQUE

COMPLICATIONS ET SUITES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1).

Le voyageur qui traverse une contrée dangereuse a beau ne rien voir autour de lui qui puisse légitimer ses craintes ; il ne s'endort pas dans une fausse sécurité : mais toujours attentif et la main

(1) Dans le précédent article, nous avons, par respect pour la grande autorité de Murchison, reproduit textuellement une de ses formules qui renferme d'utiles éléments, mais dont l'agencement et le mode d'administration ont pu paraître insolites à nos lecteurs. Elle pourrait être avantageusement modifiée dans le sens suivant.

Acide phénique	0,25	centigrammes.
Sulfate de quinine	0,60	—
Teinture de digitale	10	gouttes.
Sirop d'écorces d'or.	30	grammes.
Eau	100	—

A prendre par cuillerées dans les 24 heures.

sur ses armes, il se tient prêt sans cesse à combattre un péril qui peut à chaque instant surgir devant lui. — Telle est à peu près la situation du médecin qui assiste à l'évolution de la fièvre typhoïde en apparence la plus régulière; il ne peut oublier qu'au milieu d'un calme trompeur peuvent se démasquer inopinément des accidents de toute nature; à la piste du moindre indice qui peut lui en faire pressentir l'apparition, s'il n'est pas toujours assez heureux pour les prévenir, il doit du moins n'être pas démoralisé quand ils éclatent et se hâter sans trouble de déployer contre chacun d'eux les ressources les plus rationnelles de la thérapeutique.

Parmi les complications presque innombrables qui viennent dramatiser la marche de la dothiénentérie, il en est de si fréquentes et de si connues que nous n'insisterons point sur elles, car elles sont sans cesse présentes à l'esprit de tout praticien; il en est au contraire d'assez exceptionnelles encore peu étudiées, ou récemment décrites; c'est elles surtout que nous tenons à mettre en lumière, car c'est elles qui peuvent nous dérouter au lit du malade en raison de leur caractère insolite.

Nous avons fait graviter toutes les indications thérapeutiques autour des trois grands éléments morbides, qui sont comme les pivots du processus typhoïde, l'hyperthermie, la congestion, la septicémie; on verra de même que les complications peuvent être envisagées comme constituées par l'exagération de l'un ou l'autre de ces trois éléments symptomatiques. L'hyperthermie explique les altérations anatomiques définitives et irréparables des centres nerveux, la myocardite, etc.

L'empoisonnement septicémique donne la clef des suppurations interminables et des gangrènes étendues; mais c'est surtout à la congestion que peut être rapportée la grande majorité des complications des deux premières périodes; aussi avions-nous raison d'insister sur l'importance et le retentissement des déterminations congestives dans le tableau clinique tracé à larges traits qui faisait le sujet de notre précédente étude.

Nous allons aujourd'hui suivre pas à pas l'évolution de la dothiénentérie en examinant au fur et à mesure qu'elles se présenteront, dans leur ordre d'apparition le plus ordinaire, les complications du début, de la période d'état et de déclin, enfin de la convalescence.

I

Les complications du début ne sont ni les plus nombreuses ni les plus redoutables; elles sont intéressantes surtout en raison de l'obscurité dont elles peuvent entourer le diagnostic. Ainsi la céphalalgie et l'hyperalgésie cutanée peuvent revêtir des caractères franchement *névralgiques;* on observe alors des douleurs intermittentes, à exacerbations plus ou moins rapprochées, correspondant aux trajets des nerfs sus ou sous-orbitaires ou occipitaux, douleurs unilatérales ou très prédominantes d'un côté; la pression sur les apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervicales provoque une vive souffrance qui diffère de la simple raideur douloureuse ordinaire des muscles de la nuque.

Les premiers désordres nerveux présentent parfois l'apparence *méningitique,* quand à la céphalalgie se joignent le délire, des vomissements, des troubles oculaires, des contractures et de la rachialgie. C'est chez les enfants surtout qu'en pareil cas une erreur est facile à commettre. — Pourtant il ne s'agit le plus souvent que d'une intensité exceptionnelle dans le mouvement fluxionnaire sur les centres nerveux, et même lorsque la congestion médullaire entraîne une semi-*paraplégie* ou qu'un *délire* violent et incohérent trahit l'hypérémie cérébrale, il n'y a pas lieu d'assombrir trop le pronostic; car il est très rare que les symptômes nerveux graves surviennent avant la seconde semaine; ceux du début sont d'ordinaire aussi passagers que brusques.

Des troubles intellectuels considérables, simulant la *manie*, s'observent assez souvent à cette période, si bien que des malades regardés comme aliénés ont été parfois conduits dans des asiles où la nature du mal s'est dévoilée. Un certain nombre de fois des signes de *péritonite* (ballonnement extrême et sensibilité exquise de l'abdomen avec vomissements porracés) ont éclaté à la période d'invasion.

L'*albuminurie,* constante dans le deuxième septénaire (Gubler) a pu être observée dès le deuxième jour; en général plus la forme est grave, plus l'albuminurie est précoce et abondante d'emblée.

Comme complications pulmonaires, M. Potain a signalé dans une clinique certaines *pneumonies* initiales qui débutent et évoluent à la façon d'inflammations simples et primitives et marquent cependant l'invasion de la dothiénentérie. Dans le cours de la première semaine, on voit à la fois s'amender les symptômes propres de la pneumonie et apparaître successivement les signes de la fièvre typhoïde (tuméfaction de la rate, taches rosées, douleur de la fosse iliaque).

Par une exception excessivement rare, nous avons vu récemment une *pleurésie* franche masquer le début d'une fièvre typhoïde; cette complication, peu commune d'ailleurs, est signalée en général dans la convalescence et rapportée à un refroidissement accidentel.

L'intensité de la congestion du tube digestif jointe au trouble de la fonction hématopoiétique donne lieu parfois à une *hémorrhagie intestinale* précoce qui, ainsi que Trousseau le pensait, nous paraît peu grave, quand elle est d'une abondance médiocre; elle est comparable aux épitaxis prémonitoires; or, ces dernières ont bien rarement nécessité une intervention, sauf chez des hémophiliques.

Enfin, divers auteurs ont signalé au début de la dothiénentérie des *éruptions généralisées,* fugaces, précédant les taches rosées lenticulaires et analogues au rash variolique; elles résultent simplement de l'exagération de l'hypérémie cutanée, mais peuvent donner le change sur l'existence de fièvres éruptives : par exemple, une rougeur scarlatiniforme répandue sur tout le corps et disparaissant par la pression (Murchison), — des macules arrondies, d'apparence rubéolique occupant en grand nombre la face, le tronc et les cuisses (Wyndham Cottle).

En résumé, *les complications du début, résultant presque toutes de prédominances fluxionnaires intenses, mais passagères et mobiles, n'entraînent pas en général de conséquences fâcheuses et ne réclament que par exception une intervention thérapeutique spéciale.*

II

Avec la PÉRIODE D'ÉTAT et pendant le DÉCLIN, apparaissent les complications véritablement dangereuses qu'il faut examiner par appareils afin de n'en pas omettre.

A. — Appareil cérébro-spinal. — Quand la température fébrile est arrivée à son maximum, vers le 10e jour, si à une stupeur et à un délire intenses se joignent des vomissements, des troubles oculo-pupillaires, des mouvements convulsifs et des grimaces, du strabisme, des contractures avec renversement de la tête, si la respiration est irrégulière et suspirieuse, le pouls irrégulier, ralenti et ondulant, si la température subit un abaissement relatif et présente surtout des oscillations très irrégulières, on est en présence d'une *méningo-encéphalite*.

En pareil cas il est indiqué de combattre à tout prix l'hyperthermie, de placer sur le cuir chevelu rasé des sachets de glace, ou un enduit isolant tel que du collodion, d'administrer à l'intérieur l'iodure de potassium et les antispasmodiques.

Le délire qui est d'ordinaire vague, sans suite et incohérent peut être systématique, véritable accès de folie (Barié), soit lypémaniaque avec hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, soit à forme de persécution avec tendance homicide.

B. — Appareil cardio-vasculaire. — Les troubles de l'action du cœur constituent un des dangers de cette période. Tandis que, dans la première semaine, le choc précordial était fort et bien frappé, le pouls large et souvent à peine dicrote, dans le cours du second septenaire, on constate chez quelques malades un souffle doux, peu intense qui a son maximum à la pointe, il est variable ou fugace, peut disparaître d'un jour à l'autre, suivant que le malade est assis ou couché ; puis le pouls devient plus dicrote, dépressible ; parfois déjà se produisent quelques intermittences. C'est surtout pendant la troisième semaine que le bruit systolique s'affaiblit, s'assourdit ; le grand silence diminue et les pulsations s'accélèrent, présentant de l'analogie avec les battements du cœur fœtal (Hayem). Tous ces signes traduisent l'altération des fibres musculaires du cœur, la *myocardite*.

La parésie du cœur entraîne comme premières conséquences la stase veineuse dans le poumon d'abord, puis dans tout l'appareil circulatoire et la vacuité relative du système artériel ; d'où la congestion pulmonaire et l'insuffisance respiratoire, la diminution de la sécrétion urinaire par abaissement de la tension artérielle.

La température centrale s'élève tandis que la température périphérique s'abaisse ; la peau pâlit ou se cyanose. Ce refroidissement du *collapsus* est de la plus haute gravité pronostique, et l'hyperthermie centrale distingue complètement la complication qui nous occupe du collapsus de la défervescence brusque qui n'a pas, en général, de signification inquiétante.

Les indications thérapeutiques soulevées par les complications cardiaques sont :

Les révulsifs sur la région précordiale ; à l'intérieur la digitale et les toniques (alcool, extrait de quinquina), le café ou la caféine, les injections sous-cutanées d'éther (en ayant soin de n'injecter jamais plus d'une demi-seringue de Pravaz au même endroit, pour éviter la formation d'eschares).

L'endocardite, plus rare que la myocardite, contribue parfois avec elle à favoriser la formation de caillots qui, se détachant plus tard, deviennent le point de départ d'embolies et d'infarctus multiples. A l'*embolie pulmonaire* sont imputables certains cas de mort subite, aux embolies dans les artères de membres se rapportent certaines *gangrènes*.

Enfin des coagulations qui semblent spontanées dans les veines donnent lieu à la *phlegmatia alba dolens*.

C. — Tube digestif et annexes. — *L'entérorrhagie* considérée par les uns comme un accident à peu près constamment funeste, regardée par d'autres comme un accident heureux, ne mérite, croyons-nous, d'une manière absolue, ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Il faut distinguer deux cas différents : une hémorrhagie intestinale peu considérable et se produisant à une époque peu éloignée du début (vers le 12e jour) amène souvent le même résultat que la réfrigération déterminée par un moyen thérapeutique (Jaccoud, Liebermeister). Nous avons vu plusieurs fois sous son influence les accidents cérébraux diminuer d'intensité ; elle alterne alors avec d'autres hypérémies mobiles et fugaces. Mais bien différentes sont les entérorrhagies réitérées, abondantes, qui coïncident avec d'autres hémorrhagies (hématuries, purpura), avec des phénomènes cérébraux graves, à caractère adynamiques, avec les signes de l'affaiblissement du cœur ; celles-là reconnaissent pour cause un état dyscrasique, elles sont l'indice d'une fièvre typhoïde maligne, elles menacent immédiatement la vie du malade : il faut les combattre avec la plus grande énergie.

Les lavements froids avec addition de ratanhia ou de perchlorure de fer, la glace sur le ventre, à l'intérieur limonade glacée, ergotine en potion ou en injections hypodermiques.

Le *flux diarrhéique* peut être assez abondant et assez fétide pour constituer une complication. Dans le premier cas on pourrait donner de distance en distance un peu de sous-nitrate de bismuth en poudre, et faire alterner des lavements d'amidon laudanisés avec les lavements contenant :

Acide phénique.	0 50 centigr.
Glycérine	50 grammes.
Décoction d'orge.	Q. S.

Aux complications du tube digestif se rattache l'*angine pultacée* qui sera combattue par des gargarismes détersifs et astringents.

Mais les épées de Damoclès de cette période sont la *péritonite* et la *perforation intesti-*

nale. Sur la seconde nous n'insisterons pas. Elle peut se produire du douzième au trentième jour ; le tableau en est classique au moins pour la forme foudroyante ; douleur violente et subite, frissons, nausées et vomissements bilieux, traits grippés, angoisse, hypothermie, etc. Mais il est une forme lente et insidieuse de la perforation ; elle peut même ne s'accompagner par exception ni de douleur vive, ni de vomissements, ni de tympanisme. Dans deux observations de Laboulbène (Union méd. 1877) le seul signe fut l'abaissement de la température.

La péritonite fut longtemps attribuée uniquement à la perforation de l'intestin ; on sait aujourd'hui, et nous en avons vu plusieurs cas, qu'elle peut se produire par simple propagation au voisinage des plaques ulcérées ; elle peut encore reconnaître pour cause une myosite du grand droit de l'abdomen (Vallin), les lésions des ganglions mésentériques, de la rate (périsplénite, Goetz), de la vésicule biliaire (périhépatite); circonscrite, cette péritonite peut guérir soit par résolution, soit même par évacuation du pus d'un abcès péritonéal dans l'intestin, dans la région iliaque ou lombaire.

A propos de la vésicule biliaire, il faut noter la *cholécystite* comme un accident possible dans le décours de la fièvre typhoïde. Les symptômes en sont masqués par la stupeur du malade, ou ils sont ceux d'une péritonite suraiguë; ou bien ils consistent en une douleur au niveau de la vésicule, avec ictère plus ou moins marqué, tuméfaction de l'hypochondre droit ou même véritable tumeur piriforme à grand diamètre vertical que l'on peut délimiter par la palpation et la percussion.

Que faire contre la péritonite ? sans tarder, recourir à une application de sangsues proportionnée aux forces du malade, puis recouvrir le ventre d'onguent mercuriel belladoné et d'une vessie pleine de glace pilée, petits fragments de glace à l'intérieur et opium.

L'apparition d'un ictère foncé avec cortège ataxo-adynamique et tendance aux hémorrhagies annonce une complication formidable, la *stéatose du foie* (Chédevergne).

Si l'albuminurie, constante à cette période, disait Gubler avec quelque exagération peut-être, ne consiste plus seulement en un précipité nuageux après l'action de l'acide nitrique et de la chaleur, mais se prend en nombreux grumeaux isolés, on est en présence de l'albumine *rétractile* (Bouchard); c'est qu'au simple catarrhe des tubes droits des pyramides de Malphigi, analogue au catarrhe des grosses bronches, a succédé une véritable *néphrite* profonde, source de dangers par elle-même, pouvant tuer le malade par urémie et entraînant des indications thérapeutiques spéciales : suppression des médicaments qui s'éliminent par les urines, tels que l'opium et le salicylate de soude, — régime lacté avec insistance et révulsifs sur la région lombaire.

D. — Appareil respiratoire. — Les complications laryngées, plus fréquentes pendant la convalescence, apparaissent quelquefois dès le déclin ; elles consistent alors en *laryngites ulcéreuses* ou *diphthéritiques* qui se révèlent trop souvent par des accidents asphyxiques sans que l'attention du médecin ait été presque éveillée par les symptômes propres aux laryngites.

Les complications pulmonaires du déclin revêtent rarement la forme franche que nous avons signalée à la première période. L'extension du catarrhe bronchique aux petites bronches peut amener la *bronchite capillaire* et l'atélectasie, ou bien les *splénisations hypostatiques* qui se localisent exclusivement dans les parties inférieures et postérieures des poumons.

Ces pneumonies bâtardes sont toujours graves, surtout lorsqu'elles sont étendues ; aussi faut-il guetter soigneusement l'apparition des râles sous-crépitants, de la submatité à la percussion, du souffle à l'auscultation et de la brochophonie. Multipliez alors les applications de ventouses sèches ; combattez l'hypostase en faisant souvent changer le malade de côté; abstenez-vous des expectorants habituels, ipéca, kermès ou émétique, capables d'augmenter le catarrhe intestinal et de favoriser, par conséquent, les perforations ; choisissez les expectorants qui ont une action très faible ou nulle sur la muqueuse intestinale, comme l'acétate d'ammoniaque ou la liqueur ammoniacale anisée (2 à 4 gr. par jour dans une potion), mais surtout les alcools (rhum, punch, vin de Malaga, thé, café, extrait de quinquina), seront d'un puissant secours en rendant moins considérable la dose d'oxygène nécessaire au système nerveux et en lui donnant une force de réaction capable de lutter contre la complication. On doit aussi, au moyen de la digitale, essayer de rendre un peu d'énergie au muscle cardiaque dont l'affaiblissement est une des causes premières de l'hypostase.

Dans quelle mesure les complications pulmonaires contre-indiquent-elles le traitement hydrothérapique ? Nous avons déjà dit que les partisans de la méthode des bains froids n'admettent pas qu'il faille jamais y renoncer, tant que le cœur fonctionne bien ; nous avons aussi exposé les raisons qui nous empêchent de partager cette opinion.

Quant aux lotions froides avec le vinaigre aromatique, avec lesquelles nous combattons l'hyperthermie nous ne les interrompons pas tant qu'il n'y a que des signes d'hypostase ; mais nous les cessons quand les signes physiques révèlent une complication véritablement inflammatoire.

Parmi les complications broncho-pulmonaires il faut encore citer les *hémoptysies*, à l'apparition desquelles, suivant les adversaires de la méthode de Brand, l'usage de celle-ci ne serait pas étrangère.

En résumé les *complications du décours de la fièvre typhoïde, causées non plus seulement par des phénomènes congestifs passagers, mais par de véritables inflammations, sont presque toutes graves et réclament une médication énergique*.

III.

Enfin la CONVALESCENCE est arrivée ; la fièvre est tombée, le malade a faim ; il semble qu'on ait doublé le cap des tempêtes. Eh bien ! non, c'est à

ce moment surtout qu'il faut être sur ses gardes; les complications les plus diverses, imputables soit à la maladie, soit à un régime mal surveillé, peuvent encore compromettre la guérison. Quand la paix vient mettre fin à une guerre longue et terrible, les maux que celle-ci a entraînés se font sentir longtemps encore ; que de ruines à réparer! C'est ainsi que, suivant Griesinger, quand on en a fini avec les accidents imputables au processus typhoïde lui-même, il faut encore compter avec les désordres de toute nature que son passage a causés dans l'organisme. Aussi en dehors même des complications, nous faudra-t-il signaler les *suites* de toute dothiénentérie grave.

Le système nerveux a été rudement touché par le poison typhique, ainsi qu'en témoignent les *paralysies* les plus variées; les unes de nature amyotrophique (Gubler) ou asthénique peuvent se réparer, d'autres définitives, tiennent à l'organisation de foyers scléreux disséminés dans les centres nerveux et leurs enveloppes: *hémiplégie*, *paraplégie*, paralysies des muscles de l'œil, *hémianesthésie* (Calmette) par lésion congestive ou inflammation de la capsule interne, *analgésie* (Putnam). Tous ces cas indiquent l'emploi de l'électrisation sous ses diverses formes.

L'*aphasie* a été observée plusieurs fois, et surtout chez des enfants, elle a duré de six jours à plusieurs semaines. La *contracture des extrémités*, plusieurs fois signalée, apparaît quand la fièvre et le délire ont cessé ; elle est précédée de crampes qui se font sentir dans les deux avant-bras par accès irréguliers pendant quelques jours ; puis survient la crise de tétanie, elle dure de 10 à 15 minutes et peut se répéter plusieurs fois par jour pendant huit à dix jours. L'attitude des doigts diffère de celle qui caractérise la contracture essentielle des extrémités, en ce que la main est en fonction, le poignet libre et toutes les phalanges fléchies au point que les ongles s'appliquent douloureusement contre la paume de la main.

Le délire peut reparaître, *délire d'inanition*, attribuable à l'anémie cérébrale et justiciable de la médication tonique, d'une alimentation substantielle et reconstituante.

Enfin les désordres de la substance grise des circonvolutions entraînent cette débilité intellectuelle si frappante, cet affaiblissement prolongé de la mémoire qui, dans les cas les plus graves, vont jusqu'à *l'imbécillité* définitive.

Parmi les organes des sens, l'œil est souvent le siége d'altérations ; déjà on avait pu observer pendant la période précédente de la conjonctivite, des thromboses et des embolies des vaisseaux de l'orbite et de la rétine. Maintenant on peut redouter les abcès et l'*ulcération de la cornée*, la névrite ou *périnévrite optique*, les *asthénopies* consécutives à l'affaiblissement des muscles de l'accommodation (Galezwski). L'*otite*, l'otorrhée et la *perforation du tympan* ne sont pas des accidents très rares. D'ailleurs le caractère dominant de cette période est la *tendance aux suppurations* et aux *gangrènes* ; car la vitalité des tissus est tellement amoindrie que toute inflammation aboutit à leur mortification. Les gangrènes les plus fréquentes sont celles de la bouche, de la vulve, du rectum.

D'innombrables *furoncles*, précédés chaque fois par une élévation notable de la température, peuvent apparaître aux fesses, aux lombes, dans le creux axillaire, à la nuque, au pourtour du genou, etc.

Les *abcès multiples*, qui font parfois un long martyre d'une convalescence même heureuse, peuvent être superficiels, sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, profonds; ils peuvent aussi être sous-périostiques; on en observe dans toutes les régions, dans l'épaisseur des muscles, dans la fosse ischio-rectale aux grandes lèvres. Ces abcès, d'un pronostic le plus souvent peu grave, peuvent cependant tuer par l'abondance de la suppuration et l'hecticité consécutive; parfois ils sont le point de départ de complications fort graves (*phlegmons diffus*, *infection purulente*).

Le traitement consiste à inciser l'abcès dès que la fluctuation est manifeste; pour les abcès profonds, le drainage, selon le procédé de Chassaignac, a donné d'excellents résultats. Il est bien entendu qu'on aura recours ensuite aux lotions et injections d'eau alcoolisée ou phéniquée, suivant les règles de la méthode antiseptique.

Les complications laryngées sont surtout fréquentes pendant la convalescence; la *laryngite nécrosante* peut se révéler d'emblée par les accidents de l'œdème de la glotte, au point qu'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie; il ne faut pas hésiter en pareil cas, les chances de l'opération étant d'autant plus grandes qu'elle aura été pratiquée plus tôt.

A la cicatrisation des pertes de substance du larynx pourra succéder un rétrécissement de celui-ci ; on devra tenter et continuer longtemps la dilatation graduelle pour y remédier.

La parotidite suppurée est assez fréquente.

D'autres accidents plus rares ont été signalés encore, l'*orchite parenchymateuse*, la *thyroïdite*, l'*œdème des pieds* sans albuminurie ni lésions cardiaques, qui coïncide avec des abcès des régions lombaire ou fessière et doit désormais mettre sur la voie de cette complication. (Cuffer, soc. clin., 1879).

Une curieuse suite de la dothiénentérie consiste dans les *vergetures* transversales de la peau situées sur les cuisses et la face postérieure des bras près des articulations du genou et du coude, dans le sens de l'extension et comparables à celles de la grossesse. Déjà vues par Manouvrier (de Valenciennes) elles ont été expliquées par Bouchard par un inégal accroissement de la peau et du squelette; ces vergetures, qui laissent des traces indélébiles, ont été vues chez de jeunes sujets dans la période de croissance; or d'après les tables de Quételet, à cet âge le tissu osseux s'acroît seulement de 1 millimètre en 15 jours, tandis que dans la convalescence de la fièvre typhoïde cet accroissement serait d'un demi-millimètre par jour.

Quelques réflexions sont encore nécessaires sur l'état du tube digestif à cette période; les moindres abus dans l'alimentation, en irritant la muqueuse intestinale fraîchement cicatrisée peuvent faire renaître la *diarrhée*. D'autre part la parésie

des fibres musculaires de l'intestin peut entraîner une *constipation* qui se traduit rapidement par une élévation de la température absolument incompréhensible, si on on ne porte pas son attention sur ce point.

Enfin en dehors de toute complication et de toute erreur diététique on peut parfois observer une fièvre irrégulière, dite *fièvre de convalescence*, caractérisée par une température élevée sans autres symptômes graves, qui peut se prolonger longtemps et dont l'étiologie n'est pas fixée, à moins qu'on ne se contente de l'explication vague offerte par Bernheim, cette fièvre étant due, suivant lui, à l'habitude qu'a contractée le système nerveux de faire de la fièvre. Il nous restait à parler de la plus terrible des surprises qui puisse être réservée au médecin dans le cours de la fièvre typhoïde, la mort subite, des causes auxquelles on peut l'attribuer, des moyens qui parfois permettent de la prévoir et de la prévenir. La longueur déjà excessive de cet article nous oblige à remettre à quinzaine cette grave question.

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale (12e lettre). (1)

LES HONORAIRES DU MÉDECIN DEVANT LA LOI

Toute peine mérite salaire, dit un vieil axiôme : la chose ne paraît guère controversée ; mais ce qui qemble admis d'une façon moins catégorique, c'est ue ce salaire doive être réellement payé.

Une telle allégation, qui ferait bondir d'indignation une foule de gens, n'est pas faite pour nous étonner, nous autres médecins, et nous regardons comme parfaitement inutile de reprendre l'interminable série des variations sur l'ingratitude des clients. Ce n'est pas hier que le fabuliste écrivait *le Loup et la Cigogne :*

Votre salaire, dit le loup !
. . . .
Allez vous êtes une ingrate,
Ne tombez jamais sous ma patte !

Ce qui semblerait plus étonnant, c'est que le législateur se fût inspiré des vers de La Fontaine lorsqu'il rédigea sur cette matière les devoirs du citoyen. Et pourtant, qu'on ouvre le Code civil :

Art. 2274. L'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par un an.

Art. 2274. Cette prescription a lieu, quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraisons ou services. Elle ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée.

On conçoit parfaitement que, dans une société organisée, il soit utile de mettre un terme à des revendications interminables qui risqueraient d'amener devant les tribunaux les générations des générations jusqu'à la consommation des siècles. Aussi une fiction légale a-t-elle admis qu'au bout d'un laps de temps convenable l'action du demandeur serait épuisée.

En droit commun, ce laps de temps est de trente années.

On peut admettre encore que des exceptions puissent être faites à cette règle de droit commun, dans un certain nombre de cas, eu égard à la nature des transactions ou des services rendus qui font l'objet des revendications du demandeur. C'est affaire d'une saine appréciation et nul, pensons-nous, ne conteste le principe.

Mais ce que nous nous permettons de récuser, c'est le caractère donné aux services rendus par le médecin, c'est la nécessité qui lui est faite de poursuivre judiciairement le recouvrement de ses honoraires avant le délai d'une année.

La loi, dit-on, n'est pas faite pour une seule catégorie d'individus, et toute réforme législative doit être envisagée au point de vue général. Nous ne repousserons certes pas une telle maxime et nous croyons pouvoir affirmer que la prescription annuelle, fatale au médecin, est une mesure aussi nuisible qu'immorale pour la généralité du public.

Que le médecin ait à souffrir du trop bref délai qui lui est accordé, c'est là une vérité qui n'a pas besoin de démonstration ; aussi n'insisterions-nous pas si l'un de nos confrères, membre fondateur du *Concours*, ne nous avait adressé un document authentique qui vaut son pesant d'or et dont nous ne saurions, en conscience, refuser la communication à nos lecteurs :

Le Dr M... ennuyé d'adresser réclamation sur réclamation au sieur C..., l'appelle en justice. — Le client répond à la citation du médecin par une autre citation, dont voici les considérants : « *Attendu que le Dr M... sait pertinemment que ses honoraires se prescrivent au bout d'une année ; que, la prescription étant acquise, il réclame indûment au sieur C... une somme qui ne lui est pas due, et que par suite il porte atteinte à la réputation d'honorabilité et de solvabilité du sieur C... » Ce dernier demande à ce que le Dr M... soit condamné aux frais et subsidiairement à payer une somme de cinq cents francs à titre de dommages et intérêts.* »

Le juge, bien intentionné, condamna le sieur C..., mais grâce à cette circonstance que le sieur C... ayant, devant des témoins produits à l'audience par notre confrère, réclamé du temps, avait implicitement reconnu sa dette.

Notre correspondant ajoute : « *C'est roide !* » Nous ne voyons pas quelle expression pourrait mieux rendre notre sentiment.

Il existe une classe d'individus qui ont élevé l'exploitation du médecin à la hauteur d'une institution : ils s'adressent de préférence au débutant, sachant bien que confiant, timoré, généreux, il ne leur réclamera rien avant plusieurs années, et alors ils invoquent la prescription.

Les honoraires du médecin ne sont trop généralement considérés que comme une dette morale, mise sur le même rang qu'une dette de jeu.

Encore nous abusons-nous, car tel qui rougirait de faire attendre quarante-huit heures un adversaire heureux au baccarat n'éprouve nul embar-

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17.

ras à faire tirer la langue à son médecin pendant plusieurs années !

Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question : le médecin théoriquement peut mettre l'huissier en marche avant le délai fatal et, s'il fait du sentiment, tant pis pour lui ! La prescription annuelle doit du moins répondre au besoin général de la masse des citoyens.

On s'est occupé beaucoup et l'on s'occupe encore du sort de la classe pauvre : l'étude des questions sociales n'est pas une des moindres préoccupations de nos hommes d'Etat et, sans crainte d'être démenti, on peut affirmer que toutes les mesures susceptibles d'améliorer le sort de l'ouvrier trouvent en haut lieu un accueil favorable. On s'efforce, dans notre société démocratique et égalitaire, *d'allonger les vestes plutôt que de raccourcir les habits*, pour nous servir d'une expression qui a eu son heure de succès ; de là l'institution des caisses d'épargne, des sociétés de coopération, des sociétés de secours mutuels et d'une foule d'œuvres philanthropiques du même genre. On veut, par tous les moyens possibles, pousser celui qui ne possède rien à amasser un pécule qui, s'arrondissant peu à peu, le force à des habitudes d'ordre et d'économie ; on veut le mettre à l'abri de la misère qu'entraînent la maladie, les chômages forcés, les accidents, etc... et, ce faisant, on a raison, car on accroît ainsi les forces vives de la nation ; nous mêmes, nous contribuons à ces œuvres pour une part que certains, non sans raison peut-être, considèrent comme trop large et que par conséquent on ne peut nier.

Eh bien ! n'est-ce pas agir dans un sens diamétralement opposé que d'obliger l'ouvrier malade à solder son médecin dans l'année ? Comment, au moment où l'existence de la famille est compromise par la maladie et le chômage de son chef, la loi nous dit : fais-toi payer, point de pitié ! Alors qu'un redoublement d'efforts sera nécessaire, qu'aux heures de travail réglementaires il lui faudra ajouter des heures supplémentaires pour arriver à solder le crédit ouvert par le boulanger, la loi nous imposera l'obligation de réclamer ce qui nous est dû et de rendre plus onéreuse encore la dette du malheureux par l'adjonction de frais judiciaires !

Car enfin c'est ainsi qu'il faut envisager la situation quand on nous impose la prescription annuelle : on met le médecin dans la fâcheuse alternative ou d'avoir confiance et de perdre le plus souvent ce qui lui est dû, ou d'agir de rigueur contre un malheureux.

Nous entendons l'objection qu'on ne manque jamais d'opposer à ce raisonnement : vous conviendrez bien que tous les gens que vous soignez ne sont pas de malhonnêtes gens et qu'il en est dans le nombre qui se font un devoir de solder le médecin.

Oui, sans doute ; mais alors c'est donc uniquement pour favoriser la fourberie et le vice qu'on a voté la loi ? — Et puis qui imposera la confiance au médecin ? On nous accordera bien que rien au monde ne ressemble à un honnête homme comme un fripon, surtout s'il a quelque habitude de la chose, et que, dans tous les cas, si le médecin se laisse aller à la pitié, il court de grands risques.

Mais voilà ! on se dit que le médecin est toujours compatissant ; en raisonnant un peu, on en arrive à conclure qu'il ne peut ne pas l'être, et tel épicier qui refuserait le plus tranquillement du monde son sel et son poivre au client insolvable serait outré de voir le médecin refuser ses soins à ce même client. — Il faut donc toujours en revenir à ceci, que le médecin est exploité par toutes les collectivités, l'Etat en tête.

L'Etat, les communes veulent faire du socialisme, ils trouvent tout naturel d'en faire aux dépens du médecin !

Eh bien ! nous nous permettons de dire à l'Etat qu'ici il fait fausse route : si les principes économiques modernes veulent que la collectivité se sacrifie pour l'individu, ils n'ont jamais édicté que l'individu devait être sacrifié à la collectivité. Nous lui disons que la prescription annuelle est nuisible et immorale si l'on considère le médecin, nuisible et immorale si l'on considère la société, car elle ne peut favoriser que ceux qui sont le moins dignes tandis qu'elle est onéreuse à ceux que la loi s'efforce de soulager. Nous lui disons enfin que s'il a raison de poursuivre la solution progressive des questions sociales, il doit le faire au mieux des intérêts de tous, car c'est une théorie fausse autant qu'inavouable que celle qui consiste à favoriser l'un aux dépens de l'autre !

Mais revenons à l'article 2272 du Code civil et citons le en entier :

L'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments — celle des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient et des commissions qu'ils exécutent — celle des marchands, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands -- celles des maîtres de pension, pour le prix de pension de leurs élèves, et des autres maîtres, pour le prix de l'apprentissage -- celles des domestiques qui se louent à l'année, pour le paiement de leur salaire, -- *se prescrivent par un an.*

Y-a-t-il ombre d'analogie entre les services rendus par les médecins et les autres services énumérés à la suite ?

Ce n'est pas l'huissier qui soutiendra la comparaison, il reçoit les fonds et se paie lui-même tout d'abord. De plus si le client est douteux, il a soin de faire consigner à l'avance le montant de ses débours.

Le marchand, en général, vend comptant ; les maîtres de pension et autres reçoivent, par trimestres et souvent d'avance, le salaire convenu ; enfin les domestiques qui quittent un maître n'ont guère pour habitude de lui laisser entre les mains ce qui leur est dû !

Faut-il dire que dans tous ces services il n'y a rien de cette nécessité impérieuse qui fait appeler le médecin ? que les mœurs publiques rendent presque impossible le recours à la prescription.

Quelle est donc la raison qui a fait assimiler des cas aussi différents ?

Les prescriptions à bref délai, celles qui font exception au droit commun, reposent sur la présomption de paiement : on suppose que le domestique a été payé peu après son départ de chez son maître ; on suppose que les maîtres ont été payés

dans l'année; on suppose que dans le même temps le marchand a été soldé — peut-on faire la même supposition, s'il s'agit du médecin?

Le notaire jouit de la prescription trentenaire et cependant une circulaire du garde des sceaux, *affichée par ordre dans l'étude*, lui enjoint de se faire payer *au moment de la remise de l'acte*.

L'avoué jouit de la prescription bisannuelle; il a soin pourtant lui aussi, s'il a la moindre crainte, de faire consigner *provision par avance*.

Les loyers, les rentes, les intérêts se prescrivent par cinq années, délai suffisamment long pour parer à toutes les éventualités.

Et à nous, médecins, au bout d'un an, on affirme ne rien devoir! Et de fait on ne nous doit plus rien!

Mais ce n'est pas tout encore: les inconséquences de la jurisprudence sont telles que nous devons remettre au prochain article la suite de cette étude critique.

Dr A. Gassot, de Chevilly (Loiret).

II

Syndicats médicaux (Troisième lettre) (1).

Mon cher directeur,

Depuis la dernière lettre que je vous ai adressée relativement à la question des syndicats médicaux le mouvement ne s'est pas ralenti. Un certain nombre de confrères ont adhéré au principe et ont fait des vœux pour la mise en pratique de la théorie. Ainsi le docteur Lachèze, de la Demi-Lune (Rhône), réclame une réunion pour établir un tarif, et, si possible, un syndicat, afin de lutter contre l'exploitation par le client.

De son côté le Dr Rancuret, de Sauve, nous écrit: « Je crois qu'en nous unissant dans la mesure du possible, nous arriverons à un résultat qui, je l'avoue, serait peut-être loin de la perfection, mais au moins nous aurions la satisfaction d'avoir tenté quelque chose. Il faudrait pouvoir se grouper, et, mettant de côté cette jalousie de métier qui fait tant de mal à chacun de nous, arriver à former des syndicats avec des règlements sévères.

Puis le c'est docteur Guillemin, de Randan, qui croit à l'utilité des syndicats, car on ne peut pas attendre de l'Association générale le genre de services que les syndicats pourraient rendre à la profession, tels que la majoration et le recouvrement des honoraires.

— D'autres confrères sont plus avancés: En premier lieu, le Dr Treille, d'Aubusson, nous annonce la prochaine formation d'un syndicat pour défendre les intérêts professionnels des médecins de la région.

Dans la Vendée, le docteur Mignen, de Montaigu, a pris l'initiative de la création d'un syndicat. Avec la collaboration de deux confrères, il a établi, le 6 mars dernier, un règlement de syndicat par articles. Ces trois confrères vont maintenant voir les collègues voisins pour les engager à former le syndicat avec eux; puis, après discussion des statuts provisoires, le syndicat sera constitué.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 6 et 9.

Il en sera de même probablement dans la Haute-Loire, puisque le Dr Noir, médecin de l'hôpital de Brioude nous dit que: « Les médecins de l'arrondissement verraient avec plaisir un syndicat se former, » et le même confrère se réclame du « *Concours Médical* »: Nous vous serions, dit-il, reconnaissants, si vous pouviez nous indiquer les formalités à remplir pour nous constituer. »

— Mais toutes ces communications nous montrent les syndicats médicaux acceptés en principe ou en voie de formation.

En voici d'autres, beaucoup plus importantes, à mon avis, parce qu'elles nous montrent la théorie mise en pratique, les syndicats établis et fonctionnant à la plus grande satisfaction de tous leurs adhérents.

Nous signalerons d'abord une lettre du Dr Tillières, d'Anvers, quoique ce document émane d'un confrère étranger; mais la Belgique et la France, comme tous autres pays du reste, c'est tout un, au point de vue qui nous occupe. Donc voici ce que nous écrit notre confrère belge:

« Une bonne chose ici, et qui s'est étendue déjà à Gand et à Liège, c'est que le bien être et la sécurité professionnels sont sauvegardés par un cercle spécial, dit « Cercle médical, » créé en 1872, et à la tête duquel se trouve une commission ou bureau qui a toutes les attributions d'un véritable syndic. Je citerai, entre bien d'autres, huit avantages que ce cercle a réalisés ou réalise habituellement, de la façon la plus efficace.

1° Il nous a fait obtenir, en 1871, une majoration équitable des honoraires, et astreint tous les sociétaires, sous peine de rappel ou de blâme à se conformer au tarif discuté et adopté à l'unanimité.

2° Il a supprimé les abonnements aux familles, qui ne se font jamais qu'à notre détriment, mais il respecte les positions acquises antérieurement.

3° Il a supprimé les engagements onéreux avec les sociétés de secours mutuels, — pas d'accommodement avec le tarif général.

4° Il a fait obtenir que les confrères attaché à des sociétés d'assurances, et ceux occasionnel - ment appelés à délivrer des certificats d'assurances sur la vie, s'engagent à adopter un prix rémunérateur et uniforme.

5° Il a fait élever la généralité des traitements fixes attachés par la Ville, les Hospices, le Bureau de bienfaisance, à certaines fonctions.

6° Tous les membres affiliés sont astreints, sous peine d'amende, à faire parvenir annuellement, pour le mois de novembre, la liste des honoraires de l'année précédente demeurés en souffrance. Le Bureau se charge ensuite d'inscrire la série des débiteurs véreux sur un registre spécial dit « *Livre noir*, » dont une copie est confiée à la sauvegarde et à la discrétion de chaque membre qui, prévenu, peut refuser ses services aux clients de mauvais aloi, sauf paiement immédiat. Résultat: diminution notable, pour chacun, des pertes annuelles.

7° Le bureau constitue un tribunal ou arbitre pour les différends survenus entre médecins, entre médecins et clients, entre médecins et justice.

8° Grâce à ce cercle, il s'est formé insensiblement entre les praticiens un esprit de corps, non plus platonique, mais réel; tous sont devenus ca-

marades, soldats d'une même armée, luttant pour une commune victoire.

Voilà bien, si je ne m'abuse, un syndicat en fonctions, et depuis longtemps. Du reste, en 1877, la Gazette hebdomadaire avait signalé à ses lecteurs l'existence de ce « Livre noir » à Anvers, et avait donné sur son établissement des détails précieux que je crois utile de reproduire intégralement pour l'édification de tous.....

(Voyez Gaz. Hebd. 1877, pag 787).

D'autre part, le « *Concours médical*, » dans le nº 11 de cette année, publie une lettre du Dr L., dans laquelle cet honorable confrère signale une ville de 20 à 25,000 âmes, où les médecins, réunis en syndicat, peuvent, grâce à cet accord, vivre tous honorablement et ne sont pas la risée de leurs clients. Et, ajoute le Dr L., *il devrait en être ainsi partout, et ce sera quand on le voud. a.*

Enfin le Dr Cauchy, de Bapaume, nous apprend ce que c'est que la *Société Médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord*

Nous ne pouvons mieux faire que de copier textuellement la lettre de notre distingué confrère.

En 1873 à la réunion de la Société des médecins du Pas-de-Calais, la séance fut orageuse ; un groupe de médecins (du Pas-de-Calais), demandait des réformes aux statuts, ils admettaient tout le bien que pouvait faire la société des médecins, comme association de secours mutuels pour les malheureux ; mais ils voulaient mieux, ils voulaient que les médecins, au lieu d'attendre les secours fissent en sorte de s'en passer ; en modifiant leur situation présente et fondèrent une nouvelle société à peu près purement professionnelle, véritable association de déontologie médicale, pour l'amélioration de la situation professionnelle de ses membres, des statuts assez généraux furent adoptés, des adhérents nouveaux vinrent se joindre, et aujourd'hui la société compte environ cent trente membres tous unis de cœur et d'esprit; les membres sont de vrais confrères, ayant toujours à la pensée, dans leurs rapports entre eux, la devise de la société ; « Liberté, dignité, considération et indépendance professionnelle ; Solidarité confraternelle et bien-être pour tous. » Assurément la société n'est pas une Société de saints ; mais, je constate depuis quelques années une union entre les médecins, une nouvelle considération près des populations par suite de ce parfait accord. Il se passe en ce moment, sous cette influence dans le rayon que j'habite, une véritable rénovation professionnelle, et remarquez-le bien je ne suis pas optimiste en vous disant cela, je pourrai si vous le désirez vous donner bien des exemples dans une prochaine lettre, vous pourrez considérer ces faits comme des faits acquis à ce grand mouvement des médecins si longtemps exploités.

La Société Médico-scientifique, d'abord si petite, a grandi parce qu'elle représentait un principe, qu'elle promettait la réalisation d'aspirations urgentes; aussi vers l'officier de santé Magniez, vers quelques pauvres médecins de campagne sont venus se grouper Testelin, sénateur, et Giraud-Teulon, de l'Académie de médecine, qui accepte la présidence pour l'année 1880-1881.

Une réunion générale a lieu chaque année à Arras, le jour de l'anniversaire de la mort de Bichat où se font quelques rapports, étudiés dans les groupes d'une dizaine de médecins, sur des questions d'intérêt professionnel — les questions à l'étude pour le 20 juillet 1881 sont entre autres:

1º Du secret médical et ses diverses applications pratiques. 2º De l'action de l'hystérie sur les phénomènes sociaux. 7º De le médecine de bienfaisance. 8º Des illégalités commises pendant l'année par MM. les pharmaciens. 9º Des causes qui mettent les intérêts des médecins en souffrance et contribuent à diminuer leur considération et à abaisser la dignité professionnelle. 10º Des moyens à employer à l'égard des clients qui refusent d'acquitter leurs obligations envers les médecins. 11º Moi-même je devrai traiter la question suivante : de la conduite et du recouvrement des honoraires des médecins dans les cas que le décret de juin 1859 qualifie de *cas urgents*.

Toutes ces questions ne seront pas traitées la même année ; mais quelques-unes le seront, et des résolutions seront prises et *exécutées* par nous tous, je vous le jure.

Deux fois par chaque année, un groupe d'une dizaine de médecins se réunit chez l'un d'eux, et chacun expose ses vues sur les intérêts et la dignité professionnelle et sur les faits qui ont pu se produire depuis la dernière année.

Par suite de ce besoin pressant de se voir, de ne plus vivre isolément, la Société a créé à ses frais, exclusivement pour ses membres, un bulletin trimestriel purement professionnel où chacun se met en communication avec ses co-sociétaires.

Ainsi, M. le Directeur, la Société médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord, marche depuis six années, elle a déjà produit une moralisation médicale considérable, elle est en petit ce que vous avez voulu créer en grand dans la société du *Concours médical*. Vous réussirez parce que nous avons réussi, et nous réussirons parce que nous voulons le remède à un mal urgent.

Voilà notre Revue terminée.

Et maintenant, à ceux de nos confrères du *Concours médical*, qui demandent des renseignements sur la façon de procéder pour constituer des syndicats médicaux, nous pouvons répondre : Voyez ce qu'ont écrit sur la matière, le Dr Béraud, le Dr Cauchy, le Dr Tillières, etc. Vous y trouverez aisément les bases de l'œuvre à édifier. Votre tâche même sera plus facile, puisque vous n'avez plus qu'à perfectionner, et que vous trouverez toujours les colonnes du « *Concours médical*, » ouvertes à l'expression de chacun.

Mais pour constituer un syndicat médical, il est une condition nécessaire, indispensable.

C'est la ferme volonté de le constituer.

Agréez, etc. Dr MARGUERITTE (*Du Havre*).

REVUE ÉTRANGÈRE

I.

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

Traitement des affections du cœur. — Le *Medical and Surgical reporter*, publie dans l'un de ses derniers numéros (26 février 81) une très bonne leçon clinique sur ce sujet, considéré surtout au point de vue de l'hydropisie, qui est la conséquence si fréquente de ces affections. Le traitement conseillé par l'auteur repose sur les bases universellement adoptées et c'est pourquoi il nous paraît inutile de le reproduire en détail : diète lactée, alcool à petites doses, digitale. Signalons seulement les points suivants, d'un intérêt très pratique.

Quand il y a congestion des viscères et fatigue du cœur,

ne donnez pas d'alcool. La digitale seule est insuffisante. S'il y a congestion des poumons, appliquez des ventouses sèches, et administrez des expectorants salius. S'il s'agit du foie, des mercuriaux à doses répétées, suivis d'un purgatif saliu. Jamais vous n'obtiendrez de meilleurs résultats des mercuriaux que dans ce cas. Lorsqu'il y a congestion des reins (albumine dans les urines sans desquamation épithéliale), ventouses et diurétiques salins. Par exemple : contre la congestion hépatique donnez, deux ou trois fois par semaine, une pilule bleue; dans l'intervalle une solution de crême de tartre, des doses modérées de digitale et la diète liquide.

Lorsqu'il y a de l'anémie, donnez le fer de préférence, sous forme de sels diurétiques (tartrate de fer et de potasse, citrate et chlorure). On commence par des doses modérées et on le donne peu à peu largement. On l'associe quelquefois avec la digitale : on donne dix gouttes de teinture de fer avec vingt gouttes de teinture de digitale.

(La pharmacopée anglaise prépare deux teintures de fer : la teinture d'acétate de fer et la teinture de perchlorure de fer : dans les hôpitaux anglais on a remplacé cette dernière, par mesure d'économie, par une liqueur faible de perchlorure de fer contenant une partie de solution forte de perchlorure pour trois d eau distillée).

Enfin, au point de vue du pronostic, l'auteur insiste sur un fait qui m'était confirmé tout récemment par un éminent confrère de province ; c'est que, même chez des malades âgés, les souffles organiques peuvent disparaître, et que chez les enfants c'est un fait très commun. Un enfant atteint d'une affection organique du cœur et soumis à une hygiène et à un traitement convenable peut guérir radicalement. « J'ai suivi, dit l'auteur, des cas de ce genre, et lorsque l'enfant était parvenu à l'âge adulte, il m'était impossible de découvrir aucun sigue d'affection du cœur et j'aurais certainement rangé le cas parmi ceux qui n'avaient jamais souffert du cœur. »

Nous sommes trop enclins à considérer les affections du cœur comme des maladies absolument incurables et je suis actuellement convaincu, et par l'expérience que j'ai acquise et par celle d'autres praticiens, que la marche de ces affections s'écarte bien souvent du cycle classique Les maladies du cœur qu'on rencontre à la campagne, chez les paysans, ne ressemblent point, comme conséquences, à celles que nous avons suivies dans les grands hôpitaux. Vous êtes appelé auprès d'un vieillard qui étouffe : il est infiltré, cyanosé; son cœur danse le sabbat dans sa poitrine en faisant entendre de rauques sifflements : vous prévenez la famille qu'il est arrivé à la période ultime d'une affection du cœur et que ses jours sont comptés, si même il échappe à la crise actuelle. L'avenir vous donnera quelquefois un formel démenti : et ce vieillard, au cœur usé, vivra encore des mois, des aunées. Il y a dix ans que je vois assis sur un banc, devant sa porte, un vieux jardinier asystolique qui a eu a plusieurs reprises d'épouvantables accès de suffocation avec cardialgie atroce. Il vit péniblement, se traînant avec des béquilles, dormant sur une chaise ou sur le coin d'une table, et.... ne voulant suivre aucun traitement.

Le sens de l'olfaction. — Alimentation des enfants en bas âge. — Contagion de la phthisie. — Nous venons de recevoir le numéro trimestriel de la Revue médicale de Birmingham *(The Birmingham medical review*, avril 1881). Nous en extrayons quelques notes intéressantes. D'abord, une communication du Dr Althaus sur le nerf olfactif. Après uns esquisse historique de l'anatomi et de la physiologie du nerf olfactif, l'auteur discute le cas paradoxal rapporté par Claude Bernard, d'absence de ce nerf avec conservation de l'odorat. Il fait remarquer que l'histoire du sujet était venue indirectement et par ouï dire à la connaissance du savant physiologiste, et qu'il est permis de concevoir des doutes sur l'authenticité du fait. Le Dr Althaus a observé des cas de complète anesthésie des régions innervées par la cinquième paire avec conservation de l'odorat, tandis que des animaux privés de leurs bulbes olfactifs mangent et boivent des substances refusés par des animaux non mutilés. L'excitation du nerf olfactif par une batterie électrique provoque une odeur de phosphore. Les enfants ont les organes olfactifs peu développés, d'où la facilité avec laquelle ils absorbent des médecines nauséeuses telles que l'huile de ricin.

L'absence congénitale du nerf olfactif n'est pas très rare et son atrophie sénile est encore plus commune. Les coups sur la tête, en déchirant la membrane de Schneider, provoquent souvent la perte de l'odorat. L'anosmie, ou perte du sens de l'olfaction peut être un symptôme d'ataxie locomotrice : l'autopsie a montré, dans un cas de ce genre, une névrite de la première paire. Le centre olfactif est localisé par Perrier à l'extrémité du lobe temporo-sphénoïdal. Dans le traitement de l'anosmie les applications locales de strychniue augmentent grandement le pouvoir olfactif. La morphine prise à l'intérieur narcotise le nerf olfactif. Le Dr Althaus donne la strychnine en poudre mélangée avec du sucre, qu'il fait priser. Il ne croit pas que l'électricité soit utile. Contre l'hypéresthésie de l'odorat, la morphine et l'atropine en injections hypodermiques.

Le Dr Peters a examiné les matières fécales de jeunes enfants soumis à différents régimes et il est arrivé aux conclusions pratiques suivantes :

1° Les enfants au sein, bien portants, ont des matières composées presque exclusivement de graisses saponifiées ou d'acides gras. C'est donc ce que l'on peut appeler l'état normal.

2° Les conditions restant les mêmes, si l'on ajoute une petite quantité d'amidon au régime de l'enfant, la sécrétion du mucus est augmentée, les fèces sont plus liquides et la quantité de graisse augmente. De plus une notable quantité d'amidon passe sans être digérée.

3° Chez les enfants nourris avec du lait de vache, la perte de graisse augmente encore et on constate dans les selles une plus ou moins grande quantité de caséine. En ajoutant de l'amidon (farine de riz) à la ration de lait, on constate que cette addition diminue la perte en caséine, mais nuit à la digestion et à l'assimilation des matières grasses.

4° L'addition au lait de vache, d'une mixture alcaline d'amidon et de glucose, préparée à une haute température, prévient la perte en caséine, ue paraît pas augmenter la quantité de graisse et cette mixture elle-même est complétement absorbée.

A propos d'une brochure du professeur Cohnheim, de Leipsig, sur la contagion de la tuberculose, la *Birmingham medical review*, dans un article bien étudié, émet l'opinion qu'une mère tuberculeuse ne devrait jamais allaiter son eufant, et qu'on ne devrait pas davantage accepter comme nourrice une femme notoirement tuberculeuse. Un médecin allemaud, Epstein, conclut, de dix observations, que la tuberculose chez les enfants au-dessous d'un an est presque toujours la conséquence de l'infection tuberculeuse par le lait d'une mère phthisique.

Remarquons avec la *Revue*, que la phthisie, chez les enlants au-dessous d'un an, n'est pas un *phénomène* com-

mun.

Cet article que nous signalons à ceux que cette question intéresse est suivi d'une index bibliographiques énumérant les travaux de quatorze auteurs différents sur ce sujet; de 1874 à 1880 inclusivement. Dr Marsh.

II

Journaux Allemands.

Symptomatologie et traitement de l'ataxie locomotrice à son début. — Par le docteur Frantz Müller, professeur à l'Université de Gratz.

« Les symptômes de l'ataxie à son début sont encore « si peu du domaine ordinaire des médecins qu'ils sont « généralement méconnus et par là, échappent à un trai- « tement rationnel, » dit l'auteur à la page 23 de sa brochure; et nous sommes obligés de partager son avis, quand nous parcourons la longue série des symptômes qu'il décrit et auxquels on accorde si peu d'importance dans la pratique journalière. Avant tout, il fait remarquer que le tableau clinique du début est polymorphe, et qu'à ce moment il ne peut pas encore être question de signe pathognomonique. Des troubles subits de l'accommodation durant de deux à six semaines peuvent être considérés comme un signe isolé de l'ataxie; ils peuvent concorder avec une paralysie du sphincter de la pupille, qui pourra être remplacée à son tour par des paralysies momentanées de certains filets nerveux se rendant aux muscles de l'œil. La myosis spinale et surtout la raideur réflexe de la pupille sont des avertissements précoces et presque constants.

Avec cela ou isolément on constate de l'atrophie progressive du nerf optique, de l'altération du champ visuel et des troubles dans la perception des couleurs. Les douleurs lancinantes sont les désordres les plus connus de la sensibilité. L'auteur remarque qu'une pression sur les nerfs et les muscles des régions où siége le paroxysme des douleurs ne l'augmente pas; à côté de cela on voit comme troubles objectifs de la sensibilité, de l'hyperésthésie et de l'hypéralgésie par places « surtout au thorax, » où, longtemps avant le début de l'ataxie, on avait de l'anesthésie et de l'analgésie : plus tard on constate de la diminution dans les douleurs et dans la sensibilité à la pression. Un des symptômes les plus importants et les plus constants est absence du phénomène du genou et cependant, dans certains cas très-rares d'ataxie arrivée à un très-haut degré, on ne trouve aucune diminution du réflexe du endon rotulien. Parmi les troubles de la vie organique, signalons de la constipation rebelle des troubles de la digestion, de la dyspepsie nerveuse; bientôt un catarrhe violent qui survient quelquefois dans toute son inte sité. Les crises gastriques sont un signe très important parce que, pendant plusieurs années, elles peuvent être le seul; subitement le malade ressent des douleurs montant depuis la région inguinale pour se fixer dans l'estomac; à ces souffrances se joignent des vomissements pénibles, des battements tumultueux du cœur, des étourdissements ; ces accidents durent deux ou trois jours, sans que jamais la langue ne soit chargée, ni l'haleine mauvaise. Bien plus rarement surviennent de fortes quintes de toux ; mais celles-ci restent jusqu'à la fin, tandis qu'il est de règle de voir les crises gastriques disparaître, quand l'ataxie est bien établie. Les douleurs osseuses et articulaires que Charcot a observées le premier sont parmi ceux du commencement les plus rares symptômes de la maladie. Ordinairement la fréquence du pouls est augmentée, ainsi que la sueur, surtout aux pieds; à cette hypersécrétion initiale succède une suppression complète. Les symptômes énumérés jusqu'ici l'emportent de beaucoup dans la première période sur les troubles locomoteurs, l'auteur à propos du traitement dans cette période n'émet pas un pronostic aussi fâcheux que Romberg. Il recommande surtout un régime et un genre de vie appropriés et les courants galvaniques appliqués de bonne heure loco morbi. Les séances sont journalières et durent cinq minutes, les électrodes on 13 centimètres de long et 5 centimètres de large, la force du courant varie de 8 à 11 millimètres; à côté de l'électricité il emploie l'hydrothérapie au moyen de demi-bains de 20 à 26 degrés centigrades ou de 5 à 10 minutes, enfin il prescrit le nitrate d'argent. Il ne compte pas beaucoup sur le traitement antisyphilique; car il considère une vérole antérieure plutôt comme un accident que comme une cause déterminante.

Traduit de la « Deutsche Medizinal-Zeitung »

Dr Fischer.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Pommade contre la gale. — M. le professeur Fournier a modifié comme suit le traitement classique de la gale; il emploie la pommade suivante à la place de la pommade d'Helmerich :

Glycérine............	200	grammes.
Gomme adragante.....	1	—
Fleur de soufre........	100	—
Carbonate de soude....	50	—

M. Fournier remplace aussi les frictions au savon noir par des frictions au savon de toilette; seulement il prolonge leur durée.

(*Tribune médicale*).

Nécrologie du chloroforme. — Depuis 1876 dans les hôpitaux de Londres, l'éther a assez généralement remplacé le chloroforme comme anesthésique, sauf chez les enfants et les vieillards. Et cependant, dit le docteur Jacob, durant les douze premiers mois, 25 cas de mort par le chloroforme, en Angleterre, ont été publiés. L'anesthésique avait été employé ordinairement pour des opérations de peu d'importance : quatre extractions de séquestre, trois pansements de doigts ou d'orteils blessés, amputation du sein, lithotritie, application d'une attelle à la jambe d'un enfant!

Durant cet espace de temps, cinq morts ont été observées à la suite de l'anesthésie par d'autres agents, dont trois par l'emploi de l'éther. Mais dans un de ces derniers cas, l'anesthésié était à l'article de la mort, par l'effet d'une obstruction intestinale.

L'auteur conclut : Un décès par le chloroforme administré pour une opération insignifiante, ne peut être considéré autrement que comme une sérieuse calamité.., Il ne s'écoulera pas longtemps avant que la voix du corps médical (sinon celle du public, comme en Amérique) demande quelques explications sur l'usage d'un agent dont les victimes se comptent par centaines. (*The Lancet.*)

Le Directeur-Gérant: A. Cézilly.

P 's. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

7 Mai 1881 — 3me Année. — No 19

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Après une intéressante communication de M. le Dr *E. Burdel* (de Vierzon) sur le *rôle attribué aux microzoaires et microspores dans l'étiologie des affections telluriques*, l'Académie a repris la discussion du rapport de M. Blot.

M. Larrey qui, comme membre de la commission, avait voté les conclusions du rapport, monte à la tribune pour déclarer qu'il se rallie à l'opinion de M. Depaul.

L'orateur, qui repousse la vaccination obligatoire en général, semble, par une contradiction assez singulière et inattendue, en ce temps de service obligatoire, vouloir la réserver aux soldats, « *sous la double garantie du commandement militaire et de l'autorité médicale.* » Nous ne trouvons d'ailleurs, dans l'allocution de M. Larrey, aucun argument nouveau, pas même la comparaison entre la variole et cette affection « qui s'en rapproche le plus par son *nom innominé*, par sa transmission directe, par ses complications graves, et par sa *contagion inévitable*, la syphilis enfin, pour l'appeler par son *nom technique* ! » En résumé, M. Larrey nous apprend qu'il ne saurait admettre qu'une « *obligation libre, spontanée, volontaire !* »

M. *Blot*, qui a pris ensuite la parole, pour répondre à tous ses contradicteurs, a lu un discours qui est, avec celui de M. Fauvel, le meilleur que nous ait valu cette longue et interminable discussion. Nous voudrions le donner en entier, comme un modèle de discussion académique, savante et précise, pleine de faits probants et bien capable de faire passer dans l'esprit des auditeurs les convictions fermes et bien fondées qu'on sent exister dans l'esprit de l'orateur. Malheureusement, nous nous ne pouvons en reproduire que quelques phrases.

Constatant d'abord la *complète unanimité* de l'Académie sur la *partie médicale* de la question, unanimité si rare dans les annales de l'Académie, M. le rapporteur fait observer avec insistance que la divergence des opinions ne porte que sur la *partie juridique* : l'obligation. Établissant ensuite une légitime distinction entre la *liberté individuelle* et l'*égoïsme*, M. Blot s'écrie : « Comment accorder à certains esprits bizarres le droit de prendre, vis-à-vis de ceux qui les entourent, la grave et coupable responsabilité de ne pas les mettre à l'abri d'un danger très grave, très souvent mortel, quand ils peuvent l'éviter par un moyen aussi simple que la vaccination?....

« On parle d'*obligation vexatoire*, mais de quelle épithète décorerez-vous donc l'acte qui consiste à exposer *bénévolement* tous ceux qui nous entourent au danger de mourir de variole, eux et les leurs, ou tout au moins de les rendre gravement malades et trop souvent infirmes, car nous ne pouvons oublier la proportion considérable de sujets ren-

dus aveugles par variole. Pourquoi, en définitive, sous le fallacieux prétexte de conserver *entière* et *absolue* votre liberté individuelle, voudriez-vous ôter à votre prochain cette autre liberté individuelle qui prime toutes les autres, la liberté de vivre?...»

Pour ce qui est de la réorganisation du service de la vaccine, il faut de l'argent; et, pour obtenir de l'argent de la commission du budget, il faut inscrire dans la loi la nécessité du service pour lequel on réclame une allocation ; par conséquent, pas de loi, pas d'argent. Voilà pourquoi, depuis plus de vingt années, M. Depaul et M. Blot lui-même demandent, sans pouvoir les obtenir, les sommes qui seraient nécessaires au budget de la vaccine.

Prenant enfin à partie l'argumentation de M. J. Guérin, M. H. Blot reproche à son honorable collègue les graves inconséquences de son dernier discours qui commence par célébrer la vaccine comme une *conquête glorieuse et utile*, pour la traiter ensuite de *prophylactique provisoire et incertain*; et qui finit par déclarer qu'elle peut devenir *un foyer d'infection*! « Une pareille conduite n'est pas seulement *inconséquente* et *dangereuse*, elle est absolument *coupable*, à cause des résultats funestes qu'elle peut entraîner... Avec une légèreté qu'on aurait peine à pardonner à un néophyte, il vient, lui, un des anciens de la Compagnie, se permettre une série d'affirmations qui ne peuvent avoir d'autre résultat que d'éblouir les esprits incompétents et de les détourner du chemin de la vérité.»

Après ce discours éminemment substantiel, *M. Gosselin*, qui est toujours l'homme pratique que nous connaissons, déclare que, n'ayant plus d'argument nouveau à voir produire, l'Académie doit avoir son opinion faite. En conséquence, il demande que l'on passe immédiatement au vote des conclusions. Malgré l'opposition de MM. Depaul et J. Guérin, la clôture de la discussion générale est prononcée; mais la discussion et le vote des conclusions sont renvoyés à la prochaine séance.

La séance s'est terminée par une lecture de M. le Dr *Cazin* sur l'utilité du *Toucher rectal dans la coxalgie*.

ÉLECTION. — M. Lepage (de Gisors) est élu membre correspondant national.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des accouchements sans douleur ou de l'anodynie obstétricale, par le Chloroforme et spécialement par le bromure d'Ethyle.

> Supprimer chez la femme la douleur de l'enfantement c'est ménager, je dirai plus, c'est prolonger son existence.

Depuis quelques années je me suis occupé de la question si intéressante, si utile et si avantageuse, des accouchements sans douleur, d'abord à l'aide du chloroforme et plus tard à l'aide du bromure d'Ethyle.

Cette opération est pratiquée depuis plus de 20 ans avec succès en Angleterre au moyen du chloroforme; Simpson publia les premiers faits et fut bientôt suivi dans cette voie par d'autres accoucheurs français, Roux, Chailly, Stolz, etc.

Cette méthode d'abord bien acceptée en France, n'a rencontré plus tard qu'un accueil peu sympathique, tandis qu'en Angleterre et surtout en Amérique, toutes les femmes, indistinctement, riches ou pauvres en réclament le secours bienfaisant.

Cela démontre, il faut l'avouer, que nos femmes ne se rendent pas encore bien compte des services que peut leur rendre l'emploi du chloroforme et surtout du Bromure d'Ethyle, dans la parturition, cette pratique dont on ne s'est pas encore beaucoup occupé en Lorraine, sera peut-être longtemps paralysée chez nous par des idées fausses, par la peur, par des préjugés injustes, par l'indifférence de beaucoup de médecins, et surtout par la routine.

Quant à moi, je suis partisan déclaré de ce procédé, et convaincu que, plus tard, dans un certain nombre d'années, l'usage en sera général dans notre pays ; si quelques sages-femmes et quelques confrères s'y opposent encore , les femmes alors en imposeront l'emploi à leur accoucheur.

Aujourd'hui, pas un docteur ne refuse le bienfait des anesthésiques à un individu qui doit subir une opération (que de fois je les emploie pour l'extraction d'une dent, ou l'ouverture d'un panaris et toujours, lorsque je me sers du cautère actuel, je me laisse guider par la sensibilité du malade, par la crainte que lui inspire l'opération, et par son ferme désir d'être soustrait à toute douleur, mais il faut le dire, je ne cherche qu'à atteindre, dans ces cas, que l'Ethérisation animale et non l'éthérisation organique; pourquoi le refuser aux pauvres femmes en couches, qui certes endurent pendant de longues heures des douleurs très violentes, tout au moins égales à celles qui accompagnent les opérations chirurgicales, douleurs concassantes qui conduisent souvent aux convulsions et par suite à la mort.

Dès le début de mes essais, je n'avais pas compté sur l'obstacle le plus sérieux, la jalousie de quelques sages-femmes (peu instruites et malveillantes, mais c'est le plus petit nombre heureusement) qui en m'entendant parler de l'administration de

Bromure d'Ethyle dans les accouchements normaux, d'accouchements sans douleur, supposèrent immédiatement que je voulais les supplanter, leur enlever leur clientèle, et loin d'exciter les jeunes femmes surtout, à se faire accoucher par ce procédé, les en détournèrent, prétendant qu'il n'était pas possible d'accoucher sans douleur, ou bien encore leur faisant entendre qu'elles étaient exposées aux plus grands dangers. Aujourd'hui, si, malgré l'une de ces sages-femmes (car jamais je ne refuse leur concours dans un accouchement), j'use du chloroforme ou du Bromure d'Ethyle, je suis certain que tous les accidents des suites de couche, étrangers à cet agent, me seront souvent attribués, soit par la sage-femme, soit par le public. (La dame G... de Dolcourt, dont je donne l'observation, vint me trouver à Colombey, quelque temps après son accouchement et me fit voir une mauvaise dent, dont elle souffrait depuis longtemps; le public avait mis sur le compte du Bromure d'Ethyle, les douleurs et la fluxion dont elle était atteinte; heureusement, elle ne fit qu'en rire).

Mais me dira-t-on, pourquoi employer le Bromure d'Ethyle qui est plus rare et coûte trois fois plus cher que le chloroforme? quels avantages présente-t-il?

Il m'est facile de répondre à cette objection.

1° Le Bromure d'Ethyle est plus rare, parce qu'on l'emploie peu jusqu'ici (en Angleterre 40 fr. le kilog., en France à Paris, car je n'en ai trouvé que là, 50 fr. le kilog.). Dans dix ans on se le procurera, dans toutes les pharmacies, à 12 ou 15 fr. comme le chloroforme.

2° Le Bromure d'Ethyle offre, je crois, cet avantage sur le chloroforme : c'est qu'à volume ou poids égal, il donne chez la femme en couche qui le respire, une persistance plus prolongée de l'intelligence, de la vue, de l'ouïe et, enfin, de la conscience tout en supprimant la sensibilité de l'utérus en lui laissant sa contractilité comme celle de tous les muscles respiratoires. Les femmes conservent le pouvoir de répondre aux questions qui leurs sont adressées, de là suppression de cet accident fréquent appelé avalement de la langue, si l'on a soin de ne pas pousser l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale et cette conservation permet, non-seulement les efforts utiles en vue de l'accouchement, mais donne à l'accoucheur une grande tranquillité d'esprit.

Avec un peu d'habitude on maintient la malade, aussi longtemps qu'on le veut, dans cet état rassurant.

Ces propriétés du Bromure sont très importantes dans les accouchements que nous pratiquons, car à la campagne, chacun le sait, nous ne sommes accompagnés généralement que d'une sage-femme ou quelquefois d'une personne quelconque, recrutée dans le voisinage, quelquefois d'une parente ou d'une amie qui ne fait que pleurer en entendant les plaintes et les cris de la patiente et ne nous aide en aucune façon.

En ville, c'est différent ; comme pour pratiquer une opération chirurgicale importante, on se fait assister d'un confrère qui se charge alors de l'administration du chloroforme, surveille le pouls et les autres organes pendant le sommeil anesthésique.

3° Le Bromure d'Ethyle, administré sagement, produit très vite une légère résolution musculaire, sans période d'excitation ; je le donne assez abondamment dès le début, versé sur un large mouchoir de poche non déplié, placé à 2 ou 3 centimètres de la face; seulement à chaque inspiration, je rapproche ou j'éloigne le mouchoir de façon à laisser entrer de l'air pur alternativement avec des vapeurs de Bromure, et j'engage alors la malade à respirer à pleins poumons. Il provoque rarement ces bourdonnements d'oreille, ces suffocations, ces éructations et ces vomissements si fréquents, à la suite de l'administration du chloroforme ou de l'éther; la femme reste calme, les yeux souvent entr'ouverts, quelquefois fermés. Elle accuse une tendance au sommeil, mais elle y résiste facilement, avec un peu de bonne volonté, d'ailleurs j'ai l'habitude de lui adresser de temps en temps une question à laquelle elle répond volontiers.

En tout cas, si l'on pousse l'anesthésie jusqu'à la période chirurgicale, le réveil se fait rapidement et sans malaise, les modifications psychiques persistent moins longtemps. En outre il existe du côté des yeux une modification importante, un changement assez accentué dans la contraction de l'iris, qui pourrait effrayer l'accoucheur, s'il n'était pas prévenu de ce fait, je veux parler de la demi-dilatation de la pupille.

Le Bromure d'Ethyle a une odeur presque analogue à celle de l'éther, mais on le distinguera facilement de ce dernier liquide en ce qu'il s'enflamme très difficilement : pour moi je n'y suis pas parvenu ; c'est là un certain avantage, lorsqu'on s'en sert pendant la nuit, dans le voisinage d'une lumière.

Je rapporterai ici une de mes dernières observations, parce qu'elle est concluante, la malade n'ayant ressenti absolument aucune douleur.

Dans le mois de mars 1881, je suis appelé à 10 heures du matin près de la dame G... de Dolcourt, mère de deux enfants du sexe féminin ; je trouve là, madame T... sage-femme à S... (femme instruite et très intelligente) qui m'assure que chaque fois l'accouchement a été facile — je touche — présentation du sommet, position occipito-iliaque gauche postérieure, les douleurs ont commencé à se faire sentir vers sept heures du matin et le travail marche régulièrement — tout me fait espérer que la délivrance ne se fera pas attendre. Mais au moment où le col doit se compléter et la tête s'engager, des douleurs très vives se font sentir, aussi la malade réclame-t-elle le Bromure d'Ethyle. Après quelques inspirations vigoureuses, les douleurs cessent et la figure reprend son aspect ordinaire : à chaque nouvelle contraction que la dame G... m'annonce elle-même, je verse quelques gouttes de Bromure sur le mouchoir et la gaieté renaît en même temps que le pouls s'accélère : — légère coloration des pommettes — pas de sueurs.

« Oh ! que je suis heureuse, me dit la malade, ne vous éloignez pas et redonnez-moi de *ça*. »

A mesure que la sensibilité disparaît, les douleurs sont plus fréquentes et la contraction plus énergique : cependant vers midi l'expulsion ne pou-

vant pas se faire, vu le volume de l'enfant, je me décide à appliquer le forceps.

Nouvelle dose de bromure, environ une cuillerée à café : l'application de l'instrument se fait sans difficulté ni douleur, — je cause avec la patiente, qui répond franchement à toutes mes questions et, après quelques tractions assez énergiques, je mets au monde une grosse fillette, bien portante, que je présente à la mère, toute étonnée de la voir et de l'entendre crier, ne se doutant pas que l'opération était terminée. Pour la délivrance, faite dix minutes après, je redonne une nouvelle dose, toujours sur la demande de la malade, et la sortie du placenta se fait également sans douleur.

Six jours après, elle était sur pied, parfaitement rétablie, et vingt jours après elle faisait 14 kilomètres à pied pour venir à Colombey.

Jusqu'ici peu de femmes dans notre pays, malgré nos avis, consentent à se laisser administrer le bromure d'Ethyle, les unes parce qu'elles n'ont pas foi dans l'insensibilité que je leur promets, se rappelant sans doute les paroles de l'Écriture sainte, quand Dieu dit à Eve en le chassant du paradis terrestre : « Tu enfanteras tes fils dans la douleur. — Parturies in dolore ».

« Il y aura bientôt deux ans déjà, dans une réunion de quinze ou seize confrères du département des Vosges, je soulevai la question des accouchements sans douleur, et plusieurs d'entr'eux me répondirent que la souffrance était un phénomène naturel et nécessaire dans les accouchements, et que d'ailleurs, la femme avait été condamnée par Dieu à souffrir en mettant au monde ses enfants, que nous devions respecter cet arrêt du créateur. L'un d'entre eux, le docteur Ch..., avait eu cependant l'occasion d'employer une fois le chloroforme chez une dame anglaise qui était venue faire ses couches à Neufchâteau et elle avait non seulement réclamé, mais exigé, l'emploi de cet anesthésique. Aucun accident ne s'en était suivi. » Les autres, et c'est le plus grand nombre, parce qu'elles craignent, disent-elles, *d'y rester*, — mais qu'elles se rassurent, elles ne courent aucun danger, nous le voyons par l'avis unanime de tous les accoucheurs anglais, américains, sur plus de 2400 accouchements simples et sur 640 applications de forceps, on ne compte aucun décès maternel, il n'existe pas un seul cas de mort survenue pendant la chloroformisation d'une femme en travail.

Pas plus d'accidents consécutifs que d'accidents immédiats, avantages dus probablement, à ce que prétend un de mes confrères, à la loi de tolérance par spécificité, absolument comme un individu atteint de névralgie violente, ou d'un rhumatisme articulaire aigu, supporte une dose très forte de morphine ou d'atropine, ou d'un autre calmant sans en être incommodé. D'un autre côté ne savons-nous pas tous également que les douleurs physiologiques, sont enlevées plus facilement que les douleurs causées par des altérations pathologiques ou une opération quelconque.

Quant à moi, je n'hésite pas à croire que la congestion cérébrale produite par la douleur physiologique, entraine nécessairement l'innocuité de l'anesthésique, les rares accidents survenus pendant les opérations chirurgicales où le chloroforme avait été employé étant dus à la syncope résultat de l'anémie cérébrale.

Avec cette *demi-anesthésie*, les accouchements normaux sont plus rapides ; loin de diminuer, comme on pourrait le croire, les contractions intérieures, elle semble les accélérer par le relâchement de certains muscles, et la femme une fois insensible, sans qu'on le lui dise, se livre aux efforts d'expulsion les plus énergiques ; sans le bromure le travail dure beaucoup plus longtemps, et l'intervention chirurgicale devient plus souvent nécessaire : aussi je suis d'avis qu'on devrait toujours l'employer dans les cas simples comme dans les cas de délivrance instrumentale, de version, d'extraction artificielle du placenta ; car en supprimant la douleur, on place la femme dans des conditions entièrement favorables, la prolongation du travail et les douleurs exagérées épuisant les forces de l'organisme, sont souvent causes de complications (crises d'éclampsie) et d'accidents graves dans les suites de couche.

Les inhalations de bromure d'Ethyle peuvent avoir lieu pendant plusieurs heures sans inconvénient, surtout si l'on se contente de diminuer l'acuité de la douleur : mais on peut également arriver sans danger aucun (je parle dans les accouchements) à la période chirurgicale en ayant soin de ne pas la dépasser. Il s'agit, pour l'opérateur, de reconnaître nettement la période de l'éthérisme qu'il cherche à produire et pour cela il doit connaître le *trépied physiologique*, découvert et si bien décrit par mon ancien et savant maître, M. le docteur Simonin, de Nancy, — je crois que c'est à l'observation des trois faits qui composent ce fameux *trépied physiologique* :

1° Insensibilité périphérique, notamment des tempes et de la cornée;

2° Serrement des mâchoires du trismus;

3° Demi-contraction de l'iris avec le bromure, contraction avec le chloroforme ;

Qu'on peut attribuer les résultats heureux obtenus constamment dans les hôpitaux de Nancy, à la Clinique chirurgicale, où l'on suivait de mon temps, pour la chloroformisation, la méthode indiquée par ce savant professeur.

Conclusion. — J'emploie toujours le chloroforme et spécialement le bromure d'Ethyle dans les accouchements, sans exception, normaux ou anormaux ;

1° Parce qu'il diminue ou supprime les douleurs de l'enfantement ;

2° Parce qu'il n'a pas d'influence fâcheuse sur la santé de la mère pas plus que sur celle de l'enfant ;

3° Parce que les accouchements se font bien plus rapidement ainsi que la délivrance (sortie du placenta) et l'intervention chirurgicale est moins souvent nécessaire ;

4° Parce que les suites de couches ne reçoivent aucune modification fâcheuse, au contraire, convalescence plus courte et pas de complication, retour à la santé en très peu de temps.

Dr G. Lebert (de Colombey-les-Belles).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Médecine Cantonale (1re lettre.)

L'organisation de l'assistance publique, en France, a préoccupé depuis un siècle un grand nombre d'esprits généreux et justement soucieux de diminuer, dans la mesure du possible, les misères qui frappent les classes laborieuses ; et les divers gouvernements qui se sont succédés dans notre pays ont essayé de résoudre ce grave problème social.

La constitution de 1791 proclama le droit à l'assistance pour tous les indigents, et un décret du 15 octobre 1793 mit l'entretien des pauvres à la charge des communes et prescrivit l'organisation de travaux pour les indigents valides et de secours pour les vieillards et les malades. La loi du 24 vendémiaire an II ajouta à ces mesures de nouvelles obligations :

« Tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressource, sera secouru à son domicile de fait, ou à l'hôpital le plus voisin, » (titre V. article 18.)

Faute d'avoir déterminé les ressources financières de cette assistance *obligatoire*, cette proposition philanthropique resta sans effet. C'est pour combler cette lacune que la loi du 7 frimaire an V affecta au soulagement des pauvres un prélèvement, *dit droit des pauvres*, sur les recettes dans les spectacles, et établit dans chaque chef-lieu de canton, alors le siége de l'administration des communes, des bureaux de bienfaisance.

Le droit des pauvres subsiste encore, bien que vivement attaqué à l'heure actuelle, mais les bureaux de bienfaisance ne furent jamais que très-incomplétement organisés.

En 1847, un projet de loi sur l'enseignement de la médecine et l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes, fut présenté à la Chambre des Pairs par M. de Salvandy. La révolution de février empêcha d'adopter les conclusions du rapporteur, M. le comte Beugnot. (Nous étudierons ce projet dans le cours de notre travail).

Quelques jours après, la constitution de 1848 affirmait ainsi, dans son paragraphe VIII, les devoirs de la nation envers ses membres déshérités de la fortune : « La République doit, par une assistance fraternelle, assurer l'existence des citoyens nécessiteux, soit en leur procurant du travail dans la limite de ses moyens, soit en donnant, à défaut de la famille, des ressources à ceux qui sont hors d'état de travailler. »

Le 27 novembre 1848, devant l'Assemblée, puis en 1849, au sein de la commission d'assistance, nommée sur la proposition de M. de Melun, M. Dufaure, ministre de la justice, présentait un projet de loi sur l'assistance publique ayant pour objet de centraliser l'organisation de la bienfaisance sous l'action d'un comité supérieur et d'organiser ensuite des comités cantonaux, et en sous ordre, des comités locaux d'assistance. Suivant les expressions de l'un des rapporteurs de la commission, l'assistance publique représentait « la sollicitude de la société, entrant dans la « maison de l'ouvrier pour assainir son logement, « dans son atelier pour rendre l'air plus pur et le « travail moins dangereux, facilitant ses écono- « mies, encourageant sa prévoyance, prenant « soin de lui dans les moments d'inaction invo- « lontaire, le soignant dans ses maladies et ses « infirmités, et lui donnant son appui pour les « jours stériles et souvent délaissés de son en- « fance ou de sa vieillesse. »

Malheureusement la commission, généralisant son programme, aborda d'autres questions sociales et économiques, telles que celles du droit au travail, du crédit, des caisses de prévoyance, des sociétés de secours mutuels, et son œuvre ainsi agrandie demeura inachevée.

En 1857, l'Académie des sciences morales et politiques ouvrait un concours sur l'assistance publique, répondant, comme le disait M. Villemain, son rapporteur, « à la sollicitude principale « de notre temps, au besoin des esprits pré- « voyants autant que des nobles âmes, d'alléger « le malheur ici-bas et d'améliorer le sort du « plus grand nombre. »

Depuis cette époque, plusieurs projets de loi ont été déposés sur le bureau de nos assemblées politiques : le 24 mars 1872 par MM. Eugène Tallon et H. Fournier, membres de l'assemblée nationale ; le 9 juillet 1872 par MM. Théophile Roussel et Morvan, membres de la même assemblée. Les conclusions de la commission chargée de les examiner (rapporteur Tallon), furent accueillies très-favorablement et votées en première lecture par l'Assemblée nationale qui se sépara avant d'avoir pu émettre un vote définitif.

Le 7 avril 1876, MM. Richard Waddington, Thiessé et Savoye, députés, reprirent le projet Tallon, et le 8 avril 1876, M. Théophile Roussel, aussi député, déposa de nouveau le projet de loi pour lequel il avait eu M. Morvan pour collaborateur. Tout fait penser que le Parlement se séparera encore avant d'avoir statué sur ces propositions !

Aujourd'hui, on peut donc le dire, l'organisation de l'assistance publique est toute entière à créer. Les pauvres des villes sont bien, il est vrai, secourus par la création des bureaux de bienfaisance, d'hôpitaux pour les malades, d'hospices pour les infirmes et les vieillards, de maternités, de dispensaires, de salles d'asile, d'ouvroirs, d'ateliers de charité, de fourneaux économiques, de crèches, etc., etc. Mais les pauvres des campagnes restent sans secours organisés et par conséquent réguliers, n'ayant rien à attendre que de la charité privée, immense sans doute, mais qui ne connait ni ne peut connaître tous les maux à soulager. Il ne nous appartient pas de rechercher l'influence d'un pareil état de choses sur la dépopulation, si nuisible aux intérêts agricoles, et sur l'aggravation du paupérisme. Nous dirons seulement que le pauvre, en quelque lieu qu'il habite, doit être secouru, et que tous doivent concourir à son assistance ; que les secours doivent être régulièrement organisés, et qu'une loi doit en régler le fonctionnement.

Est-il besoin de démontrer que le médecin *seu*

a supporté jusqu'à ce jour presque tout le poids de l'assistance ?

On trouve naturel qu'il donne son temps, ses soins, ses médicaments, toujours sans rémunération; et l'on entend des hommes que le suffrage de leurs concitoyens a placés à la tête de leurs communes, se glorifier de ne pas dépenser la moindre somme pour le secours médical des indigents. Quelles belles et louables économies ! Le médecin rend des services gratuits; la commune exploite sa science et son dévouement!! Si encore nous trouvions dans l'exercice pénible de notre profession des ressources suffisantes pour faire face aux nécessités de la vie! Sauf pour quelques privilégiés, l'exercice de notre art ne nous permet qu'à peine d'élever notre famille et non d'assurer pour nos vieux jours cette *aurea mediocritas* qui est la consolation du sage.

Aux communes tout naturellement revient l'obligation d'assister les pauvres que leurs familles sont incapables de secourir. *Quœque civitas pauperes suos alito*, disait déjà le concile de Tours (567). C'est la commune qui est responsable, vis-à-vis de l'Etat et de la Société tout entière, de la charge qu'elle leur imposerait en leur laissant le soin des indigents nés sur son territoire, charge qui incombe à elle-même (Tallon.) Enfin le département, puis l'Etat, ont le devoir de secourir les communes qui seraient indigentes elles-mêmes. « Ce n'est pas, disait M. Thiers, dans son rapport « sur l'Assistance publique en 1849, ce n'est pas « une inutilité, une vertu sans application, que la « bienfaisance d'une nation. S'il faut pour soulager « la misère, la bienfaisance individuelle, il faut « aussi la bienfaisance publique; car l'une et « l'autre, dans leur grande extension, dans leur « plus vif élan de bonté, suffiront à peine, non pas « à supprimer la misère, mais tout au plus à la « diminuer.

« Il y a des maux isolés, accidentels, auxquels « la bienfaisance privée est chargée de pourvoir « avec ses mouvements spontanés et délicats ; il y « a des maux généraux, affectant des classes entières, auxquels il faut appliquer la bienfaisance « de la société elle-même, l'Assistance publique « en un mot, telle que la définit la constitution « de 1848. »

Nul ne saurait contredire à ces sages paroles. Puissent-elles inspirer nos législateurs et leur rappeler que l'absence de l'organisation de l'Assistance publique est une tache pour la civilisation de notre pays (Roussel). Les efforts tentés par les Roussel, les Tallon, les Waddington et tant d'autres, ont frayé la voie ; les discussions de la commission extra-parlementaire ont éclairé la question. L'organisation si désirable de l'Assistance publique ne saurait donc tarder, et la prochaine législature aura bien mérité du pays en le dotant de cette institution.

Mais à nous aussi, médecins, revient l'obligation de formuler nettement nos aspirations. L'exercice de notre profession nous met, en effet, en rapport direct avec ceux qui font l'objet de l'Assistance publique, et nous ne saurions nous désintéresser d'une question qui touche à nos intérêts chaque jour. Nécessairement consultés, nous devons être prêts à défendre nos droits, à soutenir nos légimes revendications.

C'est en nous plaçant au point de vue des intérêts des *médecins* et des pauvres que nous avons entrepris notre travail. Nous nous proposons d'y étudier les différents modes d'assistance actuellement en vigueur, puis les projets de loi déposés sur le bureau de nos assemblées. Que nos confrères veuillent bien nous aider dans notre tâche, en nous adressant les renseignements qu'ils possèdent sur le mode d'Assistance pratiqué dans leurs départements respectifs, en nous communiquant leurs vœux, et nous serons heureux d'appuyer sur leurs appréciations les conclusions que nous aurons à leur présenter.

D[r] Mignen (*de Montaigu*).

II

RÉVISION DU TARIF DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX

A Monsieur le directeur du *Concours médical*.

Cher et honoré confrère,

Vous avez bien voulu me confier l'étude des réformes qu'il conviendrait de poursuivre relativement aux articles du Code qui règlent nos rapports avec la justice. Je me hâte de vous communiquer le résultat de mes premières recherches, et de vous présenter l'analyse, aussi fidèle que possible, des matériaux les plus intéressants et les plus utiles que j'ai pu recueillir sur ce grave sujet.

De toutes les lois qui régissent l'exercice de la médecine, il n'en est pas de plus défectueuse, de plus surannée, que celle qui concerne la médecine légale.

Je voudrais, en m'inspirant des légitimes doléances qu'ont déjà exprimées de nombreux confrères, essayer de montrer une fois de plus, combien il importe aux intérêts et à l'honorabilité de notre profession, d'obtenir le remaniement et la refonte entière du tarif établi par le décret du 18 juin 1811.

Parmi les missions diverses que la société confie à l'homme de l'art, la médecine légale est, à coup sûr, celle qui lui ouvre le plus grand et le plus solennel des théâtres où il ait à affirmer sa valeur intellectuelle et à déployer les ressources multiples de son savoir. Est-il nécessaire de démontrer, après tant d'autres témoignages éclatants, l'importance croissante du rôle de la médecine légale, à mesure qu'elle s'enrichit des conquêtes que font à côté d'elle l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la physique, la chimie; depuis que, faisant concourir, pour ainsi dire, l'universalité des sciences à la solution des graves problèmes que la justice lui pose, elle a appris à distinguer les procédés si variés, si ingénieux, si subtils, que le crime sait mettre en usage, à guider les magistrats dans l'appréciation souvent si difficile des signes qui dévoilent le coupable, déchargent l'innocent, ou mettent hors de cause l'aliéné? Sans remonter aux causes célèbres où les noms des plus illustres médecins se mêlent à ceux des jurisconsultes les plus éminents, ne voyons-nous pas de nos jours dans les procès les plus retentissants, les expertises médicales contribuer pour une aussi large part que les consultations juridiques, à la solution des grands problèmes de la criminalité, et servir quel-

quefois de base essentielle aux jugements des tribunaux ou aux arrêts des cours souveraines ? Enfin l'expérience de tous les jours nous apprend combien sont communes les circonstances où la justice est obligée de recourir à notre ministère, soit qu'il s'agisse de commencer une enquête, soit qu'il faille procéder aux premières constatations sur un cadavre, sur un blessé, sur le théâtre d'un événement suspect. Tantôt, en effet, le médecin légiste est appelé à constater des crimes ou des délits, à en reconnaître les auteurs, à démontrer par de savantes investigations l'innocence d'un prévenu, ou la culpabilité d'un accusé. Tantôt ses lumières sont invoquées dans des questions d'ordre civil; dans ces cas aussi il tient parfois en balance la fortune, l'état civil ou l'honneur des citoyens, lorsqu'il s'agit par exemple de constater la date d'une grossesse (art. 185 et 312, Cod. civ.), de prononcer sur la viabilité d'un enfant nouveau-né (art. 314, 725, 906), sur l'état de démence d'un individu (art. 174, 489, 981), etc. Aussi est-ce avec un profond sentiment de satisfaction et de gratitude que nous enregistrons le chaleureux hommage que rendait naguère à notre science un des représentants les plus élevés de la magistrature : « La justice, disait l'avocat général Labroguère (1), quoi qu'elle fasse, sait bien qu'elle recevra toujours de la médecine plus qu'elle ne lui donnera jamais. Aujourd'hui elle ne peut que proclamer publiquement le prix qu'elle attache à ses services et hâter de ses vœux le jour où sera enfin attribuée au médecin légiste, dans nos lois et dans nos prétoires, une place digne de lui! »

Si nous sommes entrés dans les considérations qui précèdent, c'est afin de faire ressortir le contraste choquant qui existe entre la valeur des services rendus par le médecin légiste et l'exiguité des honoraires qui lui sont alloués par la loi.

Chacun de nous connait le texte du fameux tarif de 1811. Je me bornerai par conséquent à en rappeler les dispositions principales :

A.

VISITES ET OPÉRATIONS FAITES DANS LE LIEU DE LA RÉSIDENCE.

Art. 17. — 1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement s'il a eu lieu, à Paris 6 fr ; dans les villes de 40000 hab. et au-dessus 5 fr ; dans les autres villes et communes 3 fr. 2° Pour les ouvertures de cadavre et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus des droits ci-dessus : à Paris 9 fr., dans les villes de 40000 hab. et au dessus 7 fr ; dans les autres villes et communes 5 fr.

B.

FRAIS DE VOYAGE ET DE SÉJOUR HORS DU LIEU DE LA RÉSIDENCE.

Art. 24. — Dans les cas où ils sont obligés de se transporter à plus de 2 kilomètres de leur résidence, outre la taxe ci-dessus fixée pour leurs vacations, les médecins, chirurgiens et sages-femmes seront indemnisés de leurs frais de voyage et de séjour de la manière déterminée ci-après :

(1) La justice criminelle et les sciences médicales ; discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée (Cour d'appel de Montpellier) le 4 nov. 1879.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque myriamètre parcouru en allant et en revenant : savoir : Tous les médecins et chirurgiens, à 3 fr. 50, etc.

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage, par force majeure, ils recevront une indemnité pour chaque jour de séjour forcé, savoir : les médecins et chirurgiens, 2 fr., etc.

Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, et qui ne sera point celle de la résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité ainsi qu'il suit : Pour les médecins et chirurgiens à Paris, 4 fr. ; dans les villes de 40.000 hab. et au-dessus. 2 fr. 50 ; dans les autres villes et communes, 2 francs.

Il suffit de jeter les yeux sur l'énumération qui précède pour sentir tout ce qu'il y a d'injuste, de vexatoire, de blessant pour la dignité médicale. N'est-il pas scandaleux qu'une pareille taxe reste en vigueur depuis le commencement du siècle, malgré les protestations si souvent renouvelées par les organes les plus autorisés du corps médical.

En effet, il y a déjà plus de 40 ans que le Dr Munaret écrivait : « Considérée sous le rapport émolumentaire, la médecine légale est une corvée ingrate, pénible, dégoûtante, que le gouvernement ose salarier comme la journée d'un facteur rural ou d'un cantonnier, avec cette notable différence que le grossier manœuvre auquel on assimile l'homme de l'art, est payé, sans préambule aucun, tandis que celui-ci doit fournir 3 ou 4 états, dont un au moins sur papier timbré, et les soumettre successivement au procureur, au président du tribunal et au receveur d'enregistrement... »

M. Louis Pénard (1) écrit à son tour sur le même sujet : « Quand il s'agit des honoraires en médecine légale, nous sommes en présence d'une loi surannée qui, ayant fait plus que son temps, n'est pas à la hauteur des services rendus, n'est plus en harmonie avec les conditions économiques de notre époque. Ce *statu quo*, durant depuis 60 ans, a compromis et compromet tous les jours de respectables intérêts matériels; en durant davantage, il compromettrait plus encore; de par la patience qui se lasse, et le mécontentement qui fermente, il ébranlerait l'œuvre de la justice, cet intérêt social de premier ordre. »

Enfin, le Dr Decaisne, publiait dernièrement dans le *Moniteur de la polyclinique* sous le titre piquant : « *Les bêtes de somme et les médecins*, » un article très-spirituel dans lequel, après avoir montré que nous sommes taxés à un taux beaucoup inférieur à celui d'un mulet, il se livre à des réflexions aussi justes qu'éloquentes. « Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose de dégradant, dit-il, dans cette façon de traiter des hommes dont la vie entière est une vie toute d'étude et de dévouement, qui sacrifient repos, plaisirs, à tous ceux qui souffrent, au riche comme au pauvre ? N'est-il pas ridicule et odieux que le médecin de campagne, ce centaure moderne, à cheval nuit et jour, ce héros,

(1). Examen du tarif des frais judiciaires. — Bull. de la Soc. de méd. lég. t. II, p. 245.

ce martyr du devoir, quand il est appelé comme expert, dans une cour d'assises, distante de 100 ou 200 kilom. de son domicile, ne reçoive à titre d'indemnité, qu'une somme avec laquelle il ne peut même pas payer son billet de chemin de fer?

« Il faut le répéter, il faut qu'on le sache, de toutes les professions, soit manuelles, soit libérales, il n'en est pas une seule qui exige d'aussi grands sacrifices, entraîne plus de fatigues, condamne à de plus rudes épreuves, et conduise plus rarement à la fortune que celle de médecin : *Lauri plus quam auri*, c'était la devise de Guillaume Duval, doyen des professeurs du collège de France au XVII[e] siècle. La destinée du médecin est de vivre heureux, de faire le bien, et de mourir avec grâce, disait Gœthe. C'est bien dit, mais on ne vit pas de lauriers, et pour ne pas vivre trop malheureux, et avant de mourir avec grâce ou autrement, il faut manger.

C'est ce qu'a oublié le législateur de 1811. »

(*A suivre.*) D[r] G. CARRIÈRE (de St-André-de-Valborgne, Gard).

III.

MÉDECINE NAVALE

Monsieur le Directeur,

La lecture de la lettre de M. le D[r] Fischer, publiée dans votre numéro du 23 avril, me met dans la nécessité de vous adresser, avec prière de l'insérer, une courte rectification. En critiquant l'organisation des Ecoles de médecine navale, et en admirant : « *La sollicitude de l'Etat qui fournit presque un professeur à chaque élève,* » M. Fischer ajoute les mots suivants que je me fais plus spécialement un devoir de relever :

« *En lançant un regard peut-être indiscret* « *du côté de notre satellite, la pharmacie,* « *nous trouverions plus d'un professeur par* « *élève...* »

Puisque M. Fischer a fait partie, comme il le dit lui-même, de la médecine navale, il ne lui est permis d'ignorer quelle est la composition réglementaire des auditoires de ses professeurs, que dans le cas, possible après tout, où il n'aurait pas fréquenté beaucoup leurs salles de cours.

Mais comme il importe que de pareilles erreurs ne se propagent pas sans contradiction, je viens opposer à son assertion des chiffres indiscutables, dont chacun pourra vérifier l'authenticité. Voici les chiffres officiels du personnel tenu de suivre les cours des professeurs sortis de la ligne pharmaceutique, au port de Toulon (ceux des deux autres Ecoles en diffèrent peu).

Cours de Physique médicale et de Pharmacie, **13** (aide-pharmaciens, étudiants en pharmacie, étudiants en médecine, 2[me] division).

Cours d'Histoire naturelle médicale, **66** (aide-pharmaciens, tous les étudiants).

Cours de Chimie et de Toxicologie, **117** (aide-médecins, aide-pharmaciens, tous les étudiants).

Ainsi M. Fischer a oublié : 1° que la chimie, la physique et l'histoire naturelle sont enseignés aux aspirants médecins aussi bien qu'aux élèves en pharmacie ; 2° que les aide-médecins et les aide-pharmaciens, dont l'instruction professionnelle n'est pas achevée, sont encore des *élèves*, gradés si l'on veut, *entretenus* comme on disait jadis, mais enfin des élèves tenus de suivre certains cours. Il y a loin, vous le voyez, de la réalité à la fantasmagorie du *professeur faisant son cours devant quatre élèves*.

J'ajouterai, pour réfuter une assertion tout aussi inexacte au sujet des dépenses occasionnées par cet *opulent enseignement;* que ces professeurs, loin de *faire brèche au budget*, ne coûtent rien personnellement à l'Etat, vu que, en dehors de leur enseignement, ils ont tous un service effectif, analogue ou équivalant à celui des officiers de leur grade non enseignants, service qui, par conséquent, justifie suffisamment les honoraires qu'ils touchent. En un mot, et pour parler clair, ils gagnent leur solde en accomplissant d'autres fonctions (service de salles, direction de laboratoires de chimie ou de pharmacie), en sorte qu'on peut dire qu'ils professent *par dessus le marché*.

J'ajouterai enfin, pour réfuter une dernière accusation qui semble établir qu'il y a des médecins et des pharmaciens, *martyrs du cadre naviguant*, et d'autres qui, sans *courir aucun danger, attendent avec une patience calme les croix et les grades*... que les professeurs n'arrivent à ce grade qu'après douze, quinze et vingt ans de services, c'est-à-dire, après avoir payé leur dette de navigation ou de séjour aux colonies, et que celui qui écrit ces lignes avec tristesse, et qui regrette d'être obligé de citer son propre exemple pour dissiper de funestes erreurs, a passé, avant d'être professeur, douze ans de sa vie à la mer ou aux colonies; et traversé deux épidémies de fièvre jaune, auxquelles ont succombé chaque fois les deux tiers du personnel pharmaceutique auquel il se glorifie d'appartenir.

J'ai pensé, monsieur le Directeur, que le *Concours médical*, dont je suis un des membres les plus convaincus, ne refuserait pas d'accueillir, avec son impartialité habituelle, cette rectification qui n'est qu'un hommage rendu à la vérité.

Veuillez agréer, etc. X.

P. S. Je prie monsieur le Directeur de vouloir bien garder pour lui mon nom, et cela, à cause des règlements militaires qui nous régissent.

COURRIER

OBSTÉTRIQUE

Rétrécissement à 0,065 du diamètre promonto-pubien. — Mort de l'enfant occasionnée par le prolapsus du cordon ombilical. — Inefficacité du forceps croisé. — Excellents effets du rétroceps et des fortes tractions mécaniques.

ANTÉCÉDENTS. — Mme X., âgée de 32 ans, a eu, à l'âge de 7 ans, un abcès de la colonne vertébrale lombaire. Elle porte, à la région lombo-sacrée, une ensellure assez prononcée. De plus, elle est cagneuse. Etendue en supination, les genoux rapprochés, les malléoles restent écartées de 0,03 cent. Mme X a donc été rachitique. Cette dame est de petite stature. Mariée il y a trois ans, Mme X,

a eu deux couches antérieures. Le premier accouchement, terminé naturellement, a été très long. L'enfant a été expulsé privé de vie.

La seconde couche a été très laborieuse. Le forceps a dû être appliqué. Il est resté en place durant trois heures. Pour ce qui est du produit, l'accouchement n'a pas été plus heureux que le précédent.

COUCHE ACTUELLE. — Devenue enceinte pour la troisième fois, Mme X. se confia aux soins de Mme Donchet qui, au terme présumé de huit mois, constatant un rétrécissement du bassin, conseilla la pratique de l'accouchement prématuré artificiel : appelé à donner son avis, le docteur Robinet partagea la même opinion et se chargea de l'opération.

Par suite de diverses circonstances, ce ne fut que quinze jours après qu'il put être procédé à l'incitation du travail, par l'administration des douches de Kivisch. A cet effet, le Dr Robinet fit usage d'un irrigateur Eguisier, grand modèle, d'une contenance de onze litres.

La première douche fut administrée le 13 janvier 1881, à 8 heures du soir. La canule fut engagée dans le col et le contenu de l'appareil fut deux fois injecté.

Le 14, à 10 heures du matin, seconde douche dans les mêmes conditions. Le soir, à 3 heures, troisième injection, qui dut être interrompue, l'appareil à moitié évacué, la malade s'étant trouvée mal.

Particularité digne d'être notée : lors de l'administration des deux premières douches, Mme Donchet avait constaté une présentation céphalique. Au moment où elle donnait la troisième, elle releva la présence d'un pied au centre du méat utérin. Lorsque, à minuit, se déclarèrent les douleurs de la parturition, la position était redevenue céphalique.

Pour le dire en passant, ces changements de position ne sont pas très rares, dans le cas de rétrécissement prononcé du détroit inférieur, sous l'influence de contractions énergiques et, naturellement, inefficaces.

A 1 heure du matin, malgré la dilatation complète de l'orifice cervical et l'énergie des contractions utérines, la tête, située en OIDA, n'ayant aucune tendance à s'engager, Mme Donchet fit appeler le Dr Robinet qui procéda aussitôt à une application de forceps. La vis d'articulation arriva au niveau de la vulve. Dès les premières tractions, l'instrument revint à vide.

Les circonstances parurent assez graves à M. Robinet, pour réclamer mon intervention. J'arrivai, à 2 heures du matin, auprès de la malade.

J'eus beaucoup de peine à triompher de la résistance de cette pauvre femme, en proie à une terreur indicible. Dans son intérêt, je dus procéder par intimidation ; ce ne fut que par ce moyen que je la décidai à me laisser entreprendre mon œuvre de salut. Encore, pour triompher de sa résistance, il me fallut lui assurer que je ne ferais pas usage des *grands fers*. Je lui présentai le rétroceps dont l'exiguité parut la rassurer. Je fis tous mes efforts pour lui démontrer l'innocuité de cet instrument, lui certifiant que son introduction ne lui occasionerait aucune souffrance. Bref, à force de diplomatie, j'obtins d'elle toute liberté d'action.

Revenue à la raison, Mme X. s'installa, d'assez bonne grâce, dans l'attitude obstétricale. Je procédai aussitôt à l'application du rétroceps, qui, selon ma promesse, fut posé et articulé en un clin d'œil, sans causer à la malade aucune douleur.

Après quelques tractions manuelles qui ne produisirent aucun résultat, j'associai au rétroceps mon tracteur obstétrical, avec lequel je dépassai bientôt la force de 60 kilogrammes.

La situation de la tête n'en subit aucun changement. C'était le lieu de recourir aux fortes traction.

J'étais d'autant plus rassuré sur leurs conséquences, que l'enfant avait cessé de vivre.

En effet, à minuit, une poche des eaux, assez volumineuse pour arriver jusqu'à la vulve, s'était rompue spontanément. Il s'était produit aussitôt un prolapsus du cordon, que Mme Donchet s'était vainement efforcée de réduire. A mon arrivée, on ne percevait plus, dans le funicule, aucun battement. Je n'avais donc à me préoccuper que du salut de la mère.

Les cuillers du rétroceps ayant une bonne prise, je ne craignais pas de déployer une force attractive qui dut atteindre de 70 à 80 kilogr. Sous l'influence de ce puissant effort, sans faire subir à la mère le moindre ébranlement, je ne tardai pas à entraîner la tête.

Le reste de l'accouchement ne présenta rien de particulier.

L'enfant, d'une longueur de $0^{m},49$, était d'un développement médiocre. Les diamètres de la tête étaient un peu au-dessus de la normale.

L'examen de cet organe me donna bientôt la raison de son facile entraînement. Les os de la voûte et de la base étaient le siège de fractures multiples.

La délivrance effectuée, nous procédâmes à l'examen du bassin et relevâmes un rétrécissement de 0,065 du diamètre promonto-pubien.

Une circonstance heureuse avait assuré la prompte et heureuse solution de cet accouchement : je veux parler du degré peu avancé d'ossification de la boîte crânienne.

Dans des conditions opposées, cet accouchement ne pouvait se dénouer que par l'emploi du céphalotribe.

Le rétablissement de la mère a eu lieu sans la moindre complication.

Dr L. HAMON (de Fresnay).

* * *

Le secret médical

Monsieur le Directeur,

Partisan de l'obligation absolue du secret médical, je prends la liberté de vous consulter à ce sujet. Voici le cas :

Je lis dans le *Lyon médical* du 27 février 81 qu'un médecin très-distingué de la province, le Dr D... de M... dénonce au directeur des verreries les ouvriers atteints de syphilis. Pour lui, *salus populi suprema lex*, mais alors il fait bon marché de l'obligation du secret professionnel. La Société de médecine légale n'a-t-elle pas traité cette question ?

Dans l'espoir d'une réponse, je vous prie d'agréer l'assurance da mes sentiments confraternels.

Dr Boucher.

La question du secret médical est trop complexe pour qu'on puisse la résoudre par une formule ombrassant tous les cas. Il y a des médecins partisans du secret *absolu* — c'est le petit nombre — d'autres admettent le secret *restreint*, laissant à chacun, dans les cas douteux, la liberté d'agir suivant les inspirations de sa conscience. Il y a telles circonstances où un honnête homme ne croira pas devoir s'abriter derrière le texte de la loi.

En ce qui concerue le cas particulier que vous nous soumettez, voici ce qu'y répond M. Tourdes dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales, article *Secret médical :*

« La fonction même confiée au médecin peut l'obliger à la révélation de certaines maladies. Le médecin d'une verrerie a pour mission de surveiller l'existence des maladies syphilitiques qui, par l'usage du tube en fer creux destiné à la fabrication des bouteilles, peuvent passer de bouche en bouche. Dès qu'il constate sur les ouvriers qui le consultent, à une région quelconque, un accident syphilitique, son devoir est de le signaler. La conscience du médecin le guidera dans l'appréciation de ces faits. »

Si l'on poussait l'obligation du secret médical à ses dernières limites, le professeur de clinique devrait s'abstenir de disserter *publiquement* sur la maladie dont sont atteints ceux qui viennent réclamer ses soins. L'obligation du secret est tout aussi impérieuse vis-à-vis des pauvres, car la loi n'a pas établi de distinctions.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Elongation des nerfs.

M. Quinquaud a communiqué à la *Société de Biologie* un certain nombre de faits, d'où il résulte que l'effet cherché, au point de vue thérapeutique, par l'élongation d'un nerf, n'est obtenu que lorsque l'on a une anesthésie complète dans tout le membre tributaire de ce nerf, que l'on ne réussit que dans les cas où cette anesthésie est persistante, qu'enfin l'indication principale de l'élongation des nerfs est la névralgie.

Se plaçant ensuite au point de vue de l'histologie, M. Quinquaud se demande ce qui se passe dans ces nerfs élongés. Il y a là d'abord, selon lui, une action dynamique, une irritation portant sur le nerf lui-même ou sur la moelle.

Quand l'anesthésie obtenue est seulement passagère, il n'y a pas de lésion dans le nerf élongé. Lorsque l'anesthésie est persistante, ce nerf est le siége d'une dégénération secondaire. C'est un fait désormais indéniable : quand un nerf est suffisamment élongé, il devient le siége d'une dégénération secondaire.

M. Laborde présente un travail de M. Marcus sur le même sujet. Cet auteur, en effet, a étudié les modifications anatomiques des nerfs ayant subi l'élongation. Quand un nerf qui a été élongé pendant la vie de l'animal est soumis à l'action de l'acide osmiqué, on voit que le cylindre-axe est séparé de la myéline par une substance jaunâtre, et l'on constate les caractères habituels de la dégénérescence des nerfs. Chez le chat, en particulier, M. Marcus a pu trouver exactement la place du nerf au niveau de laquelle il a été élongé, même huit jours après l'élongation. Les lésions portent toujours sur le bout central. L'altération porterait également sur le bout central, mais c'est là un point non encore élucidé.

Les effets obtenus sont très-différents, selon qu'on tire sur le bout central ou sur le bout périphérique. Dans le premier cas, en effet, on abolit seulement la sensibilité, et la motricité reste intacte ; dans le second cas, on abolit à la fois la sensibilité et la motricité.

MM. Poncet, Mathias Duval et Malassez demandent comment il se fait que la motricité persiste quand il y a des lésions de dégénérescence constatées dans le bout central du nerf, et comment après huit jours, le bout périphérique peut rester sain alors que le bout central est aussi altéré.

M. Laborde répond que, ces lésions du bout central étant très peu marquées, il n'est pas étonnant que le bout périphérique reste sain. Quant à la persistance de la motricité, elle pourrait s'expliquer par ce fait que, dans un nerf mixte élongé, les racines sensitives seules seraient atteintes, tandis que les racines motrices résisteraient. Peut-être même l'expérimentation physiologique viendra-t-elle ici éclairer l'anatomie au sujet de la distinction à faire dans un nerf mixte entre ses parties sensitives et ses parties motrices.

M. Budin. Il n'y a pas d'élongation possible sans compression ; or, peut-être, dans les faits observés jusqu'ici, n'a-t-on pas assez tenu compte des effets de la compression.

M. Laborde. Il est bien certain que la compression intervient dans la production de ces phénomènes qui, d'ailleurs, se rapprochent beaucoup de ceux qu'avaient obtenus MM. Bastien et Vulpian dans leurs expériences sur la compression des nerfs.

***

Lésions consécutives à l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. Féréol a présenté à la *Société des Hôpitaux* les pièces anatomiques d'un individu qui est mort d'une intoxication arsénicale subaiguë, consécutive à l'ingestion volontaire d'une dose de 9 grammes environ d'acide arsénieux. Cet homme, âgé d'une quarantaine d'années, a succombé vingt-six heures après, à la suite de symptômes cholériques.

L'autopsie a démontré les lésions suivantes : eschare de la largeur de la main sur la paroi postérieure de l'estomac; dépôt d'une sorte de poudre jaunâtre sur les points les plus saillants des replis muqueux de l'estomac, qui paraît être du sulfure d'arsenic (orpiment); intestin grêle, duodénum surtout : lésions iflammatoires, psorentérie abon-

dante; gros intestin : deux plaques d'entérite très marquée. Foie extrêmement volumineux, caractéristique, stéatose prodigieuse en vingt-six heures. Rein également transformé en matière grasse. Cœur : dégénérescence graisseuse, couleur feuille morte, ecchymoses sous-péricardiques énormes, situées à la partie postérieure du péricarde. Poumons : ecchymoses sous-pleurales. Ces lésions sont le fait d'une préparation arsénicale qui, en plus de la dégénérescence graisseuse, a agi comme escharotique.

M. Féréol cite aussi le fait d'une jeune fille qui s'était empoisonnée avec une préparation contenant 2 gr. 50 d'arséniate de soude. L'autopsie n'a montré aucune lésion escharotique, mais pour toute altération, une stéatose considérable du foie accompagnée d'un peu de congestion hypostatique des deux poumons. De même, les symptômes de l'intoxication arsenicale étaient d'une tout autre nature : pas de phénomènes cholériformes, pas de diarrhée, pas de paralysie, mais affaiblissement progressif général, diminution de tous les sens ; abaissement de la température se maintenant pendant trois jours à 35° ou 35,2 : la malade s'éteignait au cinquième jour de l'empoisonnement.

La symptomatologie et l'anatomie pathologique varient donc selon la préparation arsenicale ingérée dans l'économie.

* * *

Symptômes d'hystérie. — Mort.

M. Raynaud a donné pendant quelque temps des soins à une jeune dame hystérique qui avait un ongle incarné et de l'eczéma aux pieds. A la suite d'une opération pour la débarrasser de son ongle incarné, elle fut prise d'attaques d'hystérie. Récemment, à la suite d'une de ces petites opérations, elle fut prise de douleurs dans la colonne vertébrale, au niveau de la troisième vertèbre dorsale ; douleur qui se déplaça et se manifesta à la nuque. Fièvre, trismus, dyspnée augmentant surtout quand on lui présentait un vase pour boire. La douleur devint ensuite abdominale et la malade mourut.

M. Raynaud se demande s'il se trouvait en présence d'un cas d'hydrophobie rabique, si la petite opération avait donné lieu à du tétanos, s'il y avait hystérie hydrophobique. Il incline pour la troisième hypothèse.

L'autopsie n'a pas été faite. L'examen des urines n'a pas révélé la présence d'albumine. La malade avait pris l'habitude d'absorber chaque jour 5 à 6 centigrammes de morphine.

* * *

Moyen de rendre les applications de cautère insensibles.

Les applications de cautère au moyen de la potasse caustique s'accompagnent parfois de douleurs excessivement vives. Pour les éviter, M. le professeur Péter a recours à des pulvérisations d'éther pratiquées sur le point où l'application doit avoir lieu. Cette pulvérisation peut être faite avec le premier appareil venu, avec ceux si simples, et d'un prix si minime, dont on se sert pour répandre des eaux parfumées dans les appartements.

L'insensibilité obtenue est suffisante pour que le malade n'éprouve aucune souffrance, pendant toute la durée de l'action du caustique.

Au *Médecin Praticien* qui recommandait à ses lecteurs ce procédé du professeur Péter, M. le D[r] Landrieux a communiqué un autre moyen plus ingénieux encore et plus simple.

« Croyez-vous, dit le médecin de l'hôpital Saint-Louis, que l'on trouve aussi communément ces pulvérisateurs dans nos campagnes ou dans la classe ouvrière ? Le plus habituellement, le médecin devra donc se charger lui-même de son appareil.

« Il me semble opportun de rappeler un moyen beaucoup plus pratique, quoique rarement employé dans les hôpitaux et dans la clientèle civile ; je veux parler de l'adjonction à la pâte de Vienne, au moment de son application, de 2 à 3 centigr. de chlorhydrate ou de bromhydrate de morphine.

« Je me sers constamment de ce procédé, et je dois dire que, grâce à lui, l'application du cautère est beaucoup plus facilement tolérée, ce qui a une certaine importance aujourd'hui que la thérapeutique est revenue, à juste titre, dans certaines maladies chroniques, à l'emploi fréquemment renouvelé de ces révulsifs énergiques. »

* * *

De l'accouchement sur le côté.

PAR LE D[r] RENDU

L'accouchement sur le côté, connu sous le nom d'accouchement à l'anglaise, parce que c'est ainsi qu'on accouche les femmes en Angleterre, est pratiqué dans la plupart des Maternités de la Suisse et de l'Allemagne, mais seulement chez les primipares. Les multipares sont accouchées sur le dos, parce que la souplesse des organes génitaux externes les garantit davantage contre les déchirures périnéales.

En effet, le principal avantage de cette méthode est de rendre beaucoup moins fréquentes, chez les primipares, les déchirures du périnée. On surveille très bien la distention progressive de celui-ci et de la vulve ; et par conséquent on juge mieux de la résistance que la main doit opposer ; de plus, l'accoucheur est mieux placé pour rendre cette résistance efficace.

Je n'exagère pas en disant qu'en France près de la moitié des primipares ont des déchirures plus ou moins grandes du périnée. A la Maternité de Vienne, au contraire, où il se fait par année plus de 9,000 accouchements, la proportion de ces déchirures, chez les primipares, est de 6 0/0 ; elle est de 10 0/0, si l'on considère comme déchirures les débridements faits au bistouri boutonné.

Cependant, pour obtenir de tels résultats, je dois dire qu'il ne suffit pas, au moment de la sortie de l'enfant, de faire coucher la femme sur le côté et de soutenir plus ou moins bien la région périnéale ; il y a encore une certaine pratique à acquérir. Grâce à l'obligeance du professeur C. Braun et de ses deux assistants, les docteurs Pawlik et Welponner, j'ai passé trois nuits à la Maternité de Vienne, et j'ai fait moi-même, avec l'aide, je dirai volontiers sous la direction des sages-femmes de service qui sont très expérimen-

tées sur ce point, vingt-et-un accouchements sur le côté.

Voici en quelques mots le manuel opératoire. Quand la tête est à la vulve, on fait coucher la femme sur le côté gauche, la jambe droite étant relevée et soutenue par un aide. L'accoucheur, placé à droite de la parturiente, passe sa main entre les cuisses de la femme et la porte en arrière, de manière à appliquer sa face palmaire sur la tête de l'enfant. De la main droite, il soutient le périnée; mais cette résistance qu'il lui oppose ne doit pas être passive. Il doit, au contraire, au moment de chaque douleur, *presser* énergiquement sur la région sacro-coccygienne et *refouler* en avant, sur la tête de l'enfant, le plus de téguments possible. Pendant ce temps là, la main gauche retient solidement la tête à la vulve et s'oppose à sa sortie sous l'*influence des contractions utérines*. Dans l'intervalle des douleurs, la tête rentre pour reparaître bientôt. Ce mouvement forcé de va-et-vient, auquel la tête est soumise, a pour effet de distendre peu à peu et d'assouplir l'orifice vulvaire. Enfin la tête sort et se défléchit. Il faut, je le répète, éviter soigneusement que cette expulsion ait lieu au moment où la femme pousse, et ne la laisser se produire que lorsque la douleur a presque disparu. De plus, on doit soutenir le périnée jusqu'à la fin, car le dégagement des épaules est ordinairement plus funeste à la fourchette périnéale que la sortie de la tête.

C'est ainsi, écrit l'auteur au *Lyon médical*, que j'accouche les primipares à la clinique de la Charité de Lyon, et M. le professeur Bouchacourt recommande instamment, dans ses cours, cette méthode aux élèves.

* * *

La térébenthine de Chio.

Il y a quelque temps les journaux médicaux ont beaucoup parlé de la térébenthine de Chio et de l'emploi du mastic dans le cancer de l'utérus. La presse française s'en est entretenue après la presse anglaise et américaine. On pourra voir, dans la revue étrangère du *Concours Médical* (1880, n° 51), ce que l'on commence à penser à l'étranger de ce nouveau produit. Mais il est intéressant pour nous de savoir que les habitants de Chio ont été les premiers étonnés d'apprendre que leur térébenthine était si répandue dans le monde.

Un docteur de la Faculté de Paris, qui exerce à Chio, M. Stiépowich, a écrit, à ce sujet, au *Praticien* une lettre dont nous extrayons les passages suivant :

« Depuis une vingtaine d'années, la récolte de la térébenthine à Chio a été presque nulle, les incisions aux arbres se faisant néanmoins assez régulièrement ; mais le prix d'achat était tellement dérisoire que les propriétaires ne se donnaient pas la peine de la recueillir et la laissaient couler en pure perte. Il n'y avait guère que quelques pharmaciens de Smyrne et des îles d'alentour qui s'en procuraient une petite quantité pour la fabrication de certains emplâtres médicaux. Une quantité tout à fait infime prenait le chemin de l'Europe. Comment se fait-il alors que depuis tant d'années on en trouvait en Europe? C'est un problème facile à expliquer: c'est Venise qui en fournissait la plus grande partie.

« Ceci est parfaitement vrai et dernièrement un chimiste anglais, M. W. Martindale, dans une communication faite à la Société chimique de Londres, avait exprimé des doutes sur l'authenticité de la térébenthine employée dans le traitement du cancer. Si réellement la térébenthine peut donner quelque soulagement aux pauvres cancéreux, et si ce traitement se réalise et est accepté en Europe, je crains fort que, dès le début, vous ne rencontriez, ce qui arrive malheureusement pour toute chose en vogue, des substitutions de térébenthine de qualité bien inférieure au peu de térébenthine que notre île pourrait fournir.

« Cette année, la population de Chio a été étonnée de recevoir des commandes considérables pour ce produit. C'est Londres qui en a fait la demande en premier lieu, Vienne est venue ensuite, et les propriétaires, quoique pris au dépourvu, ont néanmoins expédié à peu près 600 kilog. Paris n'a encore rien demandé. »

Que devons-nous donc croire du prétendu succès que l'on nous a annoncé avoir retiré de l'emploi de la térébenthine de Chio dans le traitement du cancer de l'utérus? Encore une illusion à laquelle il nous faut renoncer,— avant même de l'avoir partagée ! Dr J. Geoffroy.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POTION CONTRE L'INFECTION PURULENTE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Créosote	2 gouttes.
Rhum...................	120 grammes.
Acide phénique.........	0,25 centig.
Acide salicylique.......	1 gramme.

Les lavements phéniqués pouvant assez facilement déterminer des accidents d'intoxication, M. le professeur Bouchard ordonne cette potion aux typhiques chez lesquels il redoute l'infection d'origine intestinale.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Solution contre la couperose (Hillairet).

Faire disparaître d'abord les pustules à l'aide de lotions pratiquées avec un mélange de soufre, d'alcool camphré et d'eau ; puis appliquer sur le visage, matin et soir, pendant dix minutes, des compresses trempées dans la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque.	10 grammes.
Eau distillée..............	200 —

(*Tribune médicale*).

Ecole pratique. — *Application médicale, chirurgicale et obstétricale de l'électricité.* — M. le Dr Apostoli commencera son cours le mercredi 11 mai à 2 heures, Amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

P 's. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

14 Mai 1881 — 3me Année. — No 20

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Dans sa séance du 3 mai dernier, l'Académie de médecine a enfin terminé la discussion du rapport sur la vaccination obligatoire et voté les conclusions suivantes :

PREMIÈRE CONCLUSION : *L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire.*

Cette conclusion est adoptée par 46 voix contre 19 et 2 bulletins blancs.

DEUXIÈME CONCLUSION : *Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par les règlements d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible, notamment par les pouvoirs municipaux, partout où les médecins des épidémies et les Conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation.*

L'Académie émet, en outre, le vœu que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives.

Les longs développements que nous avons accordés à cette discussion dans nos bulletins antérieurs nous dispensent d'insister aujourd'hui sur ces *conclusions* ; et nous profiterons de l'espace dont nous disposons pour faire connaître à nos lecteurs, d'après le *Journal de l'Instruction Publique*, la situation du budget de l'Instruction Publique pour 1882.

Ce budget s'élevait pour l'année courante à 79,091, 256 fr. ainsi décomposables :

Ressources ordinaires, 63,738,226; ressources extraordinaires, 15,353,020 fr.

Pour 1882, le projet du Gouvernement a porté les ressources ordinaires à 69,909,451 fr., et les extraordinaires à 15,862,420 fr.

Budget total, 85,262,471 fr.

L'augmentation est donc, en un an, de 6,680,625 fr.

C'est une des plus considérables dont ait jamais bénéficié le budget de l'instruction publique. L'année 1879, la première où aient été entreprises les grandes réformes budgétaires en cette matière, a seule jusqu'ici dépassé ce chiffre d'accroissement. Pour en comprendre l'importance, il suffit de se rappeler qu'en 1870 le budget de l'instruction publique (ressources ordinaires) atteignait à peine 38 millions, et que, de 1871 à 1876, l'Assemblée nationale n'avait pas trouvé moyen de le porter à plus de 42 millions. C'est une progression de plus de 50 p. 100 en six années.

Il ne faudrait pas, d'ailleurs, nous laisser trop aller à l'admiration de ce résultat : qu'est-ce que ce chiffre de 85 millions, qu'est-ce même que le total de 125 millions qu'on obtiendrait en y joignant les contributions des communes et les avances de la caisse des écoles, en comparaison de 440 millions que les Etats-Unis consacrent au même objet? Et pour ne pas aller chercher si loin nos exemples, n'avons-nous pas le droit de rappeler ici que le conseil municipal de Paris a su, depuis l'avénement de la République, et pour l'enseignement primaire seul, élever ses dépenses de

6,513,195 fr. à 14,572,641 fr.; l'accroissement ici n'est plus de 50 p. 100; il touche à 130 p. 100. Pourquoi, dans l'état prospère où sont nos finances, et quand l'opinion publique est disposée à n pas marchander sur ce chapitre, pourquoi le Gouvernement de la France resterait-il en arrière du Conseil Municipal de Paris ?

L'augmentation que nous venons de constater est répartie de la manière suivante entre les trois degrés de l'enseignement. L'enseignement supérieur reçoit pour sa part 1,651,525 francs de plus que pour 1881. L'enseignement secondaire obtient la plus forte portion : 2,950,000 francs. L'enseignement primaire, 1,782,000 francs.

Enseignement supérieur. — En ce qui concerne le premier, l'augmentation se justifie assez par la réorganisation de nos Facultés sur un pied qui leur permettra de soutenir moins désavantageusement la comparaison avec celles de l'Allemagne. On sait dans quels taudis malsains, mal éclairés, étroits, nos professeurs de la Faculté de médecine et du Collège de France ont poursuivi jusqu'ici des études auxquelles notre pays doit d'occuper encore un des premiers rangs dans la science. Croirait-on qu'au Collège de France, les professeurs n'ont pas de garçons de laboratoire? Ils y suppléent par des hommes pris à la journée qu'ils paient sur leurs frais de laboratoire. Apprendra-t-on sans rougir que Claude Bernard, que M. Berthelot, que M. Maret, que d'autres savants ont dû interrompre les plus importantes observations faute de combustible?

Ces abus vont cesser. Un crédit de 80.450 fr. suffira pour agencer mieux les laboratoires de la Faculté de médecine; 30,800 fr., ce sera assez pour l'outillage du Collège de France; le Museum prendra 40,000 fr., etc. Franchement, la haute science ne sera pas encore, en 1882, ce qui ruinera la France.

Signalons aussi la Bibliothèque nationale, qui a la modestie de ne demander, pour ses achats et ses reliures, qu'une augmentation de 50,000 fr., soit un crédit de 250,000 fr. en tout, quand on songe que le British Muséum, qui n'a pas des cadres moitié aussi vastes à remplir, dispose, pour ce seul objet, de 655,000 fr., et réclame contre l'insuffisance de son crédit ! (*A suivre*)

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (*suite et fin*).

MORT SUBITE. — FORMES ET VARIÉTÉS. — ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE.

I.

Nous étions encore au début de nos études médicales, lorsqu'un de nos meilleurs amis, aussi remarquable par sa valeur morale que par les plus rares qualités intellectuelles, contracta la fièvre typhoïde dans le service d'hôpital auquel il était attaché; la maladie évolua sans symptômes graves et après trois septénaires il entrait en convalescence. Heureux d'une terminaison aussi favorable, nous étions un jour assis à son chevet, devisant de son avenir lorsqu'il voulut s'asseoir sur son lit pour prendre un peu de nourriture qu'on lui apportait; soudain, sans avoir prononcé une parole, il devint d'une excessive pâleur et se renversa sur son oreiller; ses paupières entr'ouvertes ne laissaient voir que la blancheur des conjonctives; quelques mouvements convulsifs agitèrent les muscles de son visage, ses mains se crispèrent sur les draps; puis tout fut fini, et malgré les moyens les plus énergiques, on ne put rappeler à la vie ce malheureux jeune homme. Nous sommes depuis lors resté sous l'impression terrible de cette terminaison heureusement rare; car nous ne croyons pas qu'on puise rencontrer un plus frappant exemple de mort subite.

Quelques années plus tard, un jour de garde à l'hôpital Lariboisière, nous fûmes appelé auprès d'un malade, qui, vers la fin d'une fièvre typhoïde, venait d'être pris des accidents les plus alarmants; après avoir éprouvé une crise de palpitations de cœur des plus violentes, il avait été saisi d'une effrayante orthopnée ; la face était cyanosée, les extrémités froides, tous les téguments couverts d'une sueur visqueuse; bientôt apparurent des convulsions généralisées, l'hypothermie était révélée par une température de 36°,5 et la mort arrivait une demi-heure à peine après le début des accidents; nous avions admis de suite le diagnostic d'embolie pulmonaire dont l'autopsie vérifia l'exactitude.

Si nous avons rapporté ces deux exemples avant d'entrer plus avant dans l'étude de la mort subite dans la fièvre typhoïde, c'est non pas seulement parce qu'ils se sont passés sous nos yeux, mais parce qu'ils nous permettent de préciser de suite un point important et d'établir une distinction sur laquelle il ne nous semble pas qu'on ait suffisamment insisté. Cette distinction, c'est celle qu'il importe d'admettre entre les cas de mort rapide, si rapide qu'elle soit, et les cas de mort véritablement subite. En effet, de toutes les explications qui ont été proposées pour rendre compte de la mort subite dans la dothiénentérie, nous n'en

voyons qu'une qui puisse s'appliquer aux cas littéralement foudroyants, c'est la *syncope*. Toutes les autres nous paraissent ne pouvoir se rapporter qu'aux cas de mort très rapide. Ces autres explications quelles sont-elles ? L'Embolie pulmonaire, dont nous venons de citer un exemple, l'anémie cérébrale ou bulbaire, l'urémie par dégénérescence des reins, la compression mécanique du cœur par un épanchement péricardique ou par la distension de l'estomac ne nous satisfont point; «la soudaineté absolue de la mort qui survient à l'occasion d'un léger mouvement, d'une émotion un peu profonde, la pâleur, les quelques convulsions qui l'accompagnent, l'arrêt subit de la respiration et du pouls, indiquent assez que le sujet meurt par syncope, » dit M. Homolle et nous partageons son opinion.

Mais c'est dans la détermination de la cause de la syncope que la divergence existe. M. Dieulafoy dans une thèse restée célèbre (1869), s'appuyant sur des expériences physiologiques qui prouvent la possibilité de la mort subite après une excitation excessive d'un point du grand sympathique, admit que la syncope mortelle, dans la dothiénentérie, est la conséquence d'un acte réflexe dont le point de départ est dans l'intestin, c'est-à-dire dans les rameaux du grand sympathique abdominal. M. Tambareau (1877) admit que ce réflexe pouvait avoir son point de départ aussi dans l'estomac; mais, graves objections, pourquoi dans d'autres maladies où le grand sympathique abdominal est tout aussi intéressé, — la dysenterie par exemple, ou la péritonite généralisée, n'observe-t-on pas ces morts subites ? Et pourquoi n'est-ce pas dans la période de la fièvre typhoïde où les lésions intestinales sont au maximum, c'est-à-dire dans la phase d'ulcération des plaques de Peyer que la mort subite apparaît le plus souvent, mais bien dans la période où les ulcérations sont cicatrisées, dans la convalescence?

MM. Laveran et Bussard ont attribué la terminaison fatale et brusque soit à une anémie généralisée et subite, intéressant également le bulbe et amenant comme conséquence l'arrêt immédiat de l'organe central de la circulation, soit à une anémie cérébro-bulbaire *par dérivation*, analogue à celle qui se produit après la disparition trop rapide de certains compressions abdominales (ponction d'une ascite, ovariotomie, accouchement rapide); dans le cas qui nous occupe, sous l'influence d'un brusque changement de position, tel que le passage de la position horizontale à la verticale, une véritable dérivation sanguine survient au profit des parties inférieures du corps et au détriment du cerveau. Bien, cela se comprend et telle est sans nul doute, la cause occasionnelle de fréquentes lipothymies ou syncopes chez tous les gens anémiés d'une manière quelconque, maladie prolongée, suppuration, hémorrhagies; mais dans tous ces cas-là, la syncope, si elle se produit facilement, disparait de même: le malade remis dans la position horizontale revient à lui, la syncope n'est jamais mortelle.

On doit à M. le professeur Hayem d'avoir projeté d'utiles lumières sur la question, grâce à ses recherches sur les altérations de la fibre musculaire cardiaque et de tout le système circulatoire dans la fièvre typhoïde ; la myocardite et l'endartérite diffuse donnent évidemment la clef de certaines morts rapides, mais elles ne suffisent pas non plus à expliquer la mort subite ; car si nous examinons comment la mort survient par myocardite dans d'autres maladies où cette dégénérescence du cœur existe aussi, la variole, par exemple, (Desnos et Huchard), nous voyons qu'elle est presque toujours annoncée par des signes non douteux de parésie cardiaque ; diminution du choc précordial, assourdissement, *rhythme fœtal* et dédoublements des bruits, faiblesse et irrégularités du pouls ; enfin si, dans tous les cas de mort subite observés par M. Hayem, celui-ci a constamment trouvé des altérations des fibres cardiaques, d'autres auteurs citent un assez grand nombre d'autopsies où l'examen du cœur n'a pas montré de dégénérescence.

Aussi, M. Huchard (1) croit-il qu'aucune des théories sus-énoncées n'est suffisante par elle-même et qu'il faut voir la clef de la situation dans la réunion de deux d'entre elles.

Suivant lui, la question a été mal posée jusqu'alors et c'est pour cette raison qu'elle a été si diversement résolue : deux causes *prédisposantes*, l'altération du cœur, l'anémie du cerveau, placent le typhique dans une imminence presque continuelle de syncope et il n'est pas surprenant que celle-ci se produise par des causes *occasionnelles* diverses, émotion, mouvement brusque, bain froid, hémorrhagie, voire même action inconsciente d'une cicatrice intestinale; mais si cette syncope une fois produite, au lieu d'être passagère comme dans toute autre circonstance, se maintient et devient mortelle, c'est qu'ici « le cœur manque au cerveau, comme le cerveau manque au cœur. »

Si cette dernière opinion nous parait importante à retenir, c'est qu'on en peut tirer d'utiles déductions pratiques. D'abord on doit surveiller avec la plus grande attention l'état de la circulation à toutes les périodes de la fièvre typhoïde, afin de saisir les moindres signes avant-coureurs de la parésie cardiaque, et à ceux que nous avons cités plus haut, nous en ajouterons un sur lequel M. le Dr Langlet (de Reims) (2) vient d'insister tout récemment: les *intermittences du pouls*.

Il faut donc combattre l'affaiblissement du cœur par la digitale à doses modérées agissant comme tonique cardio-vasculaire, le café ou la caféine à la dose de 0,15 à 0,20 centigr., le vin et l'alcool.

L'anémie générale indique toujours les préparations de quinquina, l'alimentation réparatrice sous les formes les moins offensantes pour l'intestin ; mais de plus, aux moindres signes d'ischémie cérébrale (vertiges, étourdissements), c'est à l'opium, qu'il faut avoir recours, à la morphine en injections sous-cutanées ; en revanche il ne faut prescrire dans la convalescence de la dothiénentérie aucun des médicaments capables d'anémier les centres nerveux, ni l'ergotine, ni le sulfate de quinine, ni la belladone, ni surtout le bromure de potassium ; il faut éviter aux malades les émotions, les changements brusques d'attitude, l'action d'une douleur physique un peu vive, et tout travail intellectuel. Enfin, si malgré ces pré-

(1) Union médicale, 1877.
(2) Union médicale du Nord-Est, 1881.

cautions la syncope se produit, il faut mettre en usage tous les moyens proposés contre cet accident, depuis les révulsifs jusqu'à l'inversion complète du corps et à l'électricité, et persévérer longtemps dans leur emploi même quand ils semblent impuissants, puisque une fois Kiener, s'étant ravisé après avoir déjà quitté le lit, et considéré la mort comme certaine, obtint par la répétition des pratiques déjà exécutées sans succès de voir le moribond renaître à la vie.

II

Il nous paraît indispensable de rappeler maintenant les particularités relatives aux formes de la fièvre typhoïde suivant l'âge. On sait combien elle est rare *chez l'enfant*, surtout avant cinq ans; bénigne dans la majorité des cas, elle évolue chez lui sans grand fracas; les lésions intestinales étant peu profondes, on ne voit point se produire la perforation intestinale; la mort subite n'a jamais été observée, et ce fait viendrait à l'appui de l'opinion que nous faisions valoir à propos du rôle de l'anémie cérébrale dans la production de la syncope, le cerveau des enfants étant, en général, toujours plus congestionné que celui de l'adulte, ainsi qu'en témoigne la fréquence du délire chez eux au début et dans le décours. Les complications qu'il faut surtout redouter chez eux sont les complications pulmonaires, la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, aussi proscrivons-nous chez eux plus encore que chez l'adulte l'hydrothérapie inconsidérée; avec M. Jules Simon, nous réduirons chez eux le traitement aux indications suivantes: substances aqueuses pour faciliter la fonction urinaire, quelques purgatifs légers, grands lavements journaliers de lavage, frictions stimulantes de la peau, médication tonique sous forme d'eau-de-vie ou de vin de Malaga dilués, soins hygiéniques méticuleux, ventouses sèches à l'apparition de phénomènes congestifs vers les poumons.

Chez les personnes âgées, dit M. Josias (1), la fièvre typhoïde est plus fréquente qu'on ne semble le croire: le début est insidieux, les prodromes se prolongent sans que la céphalalgie soit vive, sans épistaxis, sans bourdonnements d'oreille, ni troubles visuels en général. Les taches rosées lenticulaires manquent le plus souvent, le ventre est ballonné, la diarrhée existe, la langue est très rapidement sèche et fuligineuse, l'examen des organes thoraciques est presque toujours négatif et la rate faiblement tuméfiée; le pouls est lent, la courbe thermique peu élevée; en somme le caractère qui appartient en propre à cet âge est l'adynamie; le diagnostic est donc souvent obscur et doit s'éclairer surtout de l'état actuel de la constitution médicale, le pronostic est très grave.

Le *terrain* sur lequel évolue la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la constitution du malade, prête aussi à de sérieuses considérations; la fièvre typhoïde n'est pas, en général, une maladie secondaire, il est certain qu'elle apparaît rarement dans la convalescence d'autres maladies aiguës et qu'elle s'attaque le plus souvent aux organismes vigoureux.

(1) Thèse inaug. 1881.

Toutefois elle peut évoluer chez des sujets qui sont sous l'influence d'un élément pathologique antérieur, d'une *propathie*, pour employer une expression de M. Verneuil. Ainsi la fièvre typhoïde chez les impaludiques présente parfois des exacerbations par accès qui viennent troubler la régularité de sa marche thermique, ou bien le poison typhique réagit sur le miasme tellurique au point de causer des embarras sérieux de diagnostic. Les intéressants travaux de M. L. Colin (1), de M. Sorel (2), n'ont pas encore résolu la question de savoir s'il existe une fièvre typhoïde palustre née de la transformation d'une fièvre d'origine primitivement palustre ou si, au milieu des modifications séméiotiques apportées par les deux intoxications à leur marche réciproque, on peut séparer ce qui est du domaine de chacune d'elles.

Certaines *diathèses* peuvent jouer aussi un rôle important; ainsi nous avons pu voir un cas où une fièvre *syphilitique* secondaire revêtant les caractères typhoïdes laissa longtemps le diagnostic en suspens, et inversement d'autres fois des accidents syphilitiques ont été momentanément enrayés par l'évolution d'une dothiénentérie.

Un de nos maîtres dans les hôpitaux nous disait que chez les *arthritiques* la fièvre typhoïde avait une tendance congestive encore plus accusée; chez eux il faut craindre davantage les congestions et les hémorrhagies. Ce même médecin, très au courant de tout ce qui concerne les névroses, nous parlait des rapports de la fièvre typhoïde avec l'*hystérie*. Il a vu chez une hystérique qui présentait une hémianesthésie gauche, ce symptôme disparaître pendant une fièvre typhoïde dont elle fut atteinte et être remplacé par une hypéresthésie généralisée; l'établissement de la convalescence coïncida avec la réapparition de l'hémianesthésie. L'hypéresthésie était due à la congestion temporaire des centres nerveux par le processus typhoïde, et cette *instabilité* vaso-motrice trouvait sa cause dans la combinaison de la diathèse et de la pyrexie.

Des formes sur lesquelles doit toujours être en éveil l'attention des praticiens sont ces variétés, bien connues maintenant, dites *abortives, ambulatoires, typhus levissimus*, qu'il est souvent bien difficile de différencier d'avec l'embarras gastrique fébrile, et pourtant dont la méconnaissance peut être suivie de grands inconvénients puisque leur évolution discrète ou même silencieuse n'exclut ni les accidents, ni les complications graves, ni la terminaison fatale des formes les plus solennelles.

Quant aux *rechutes*, on pense aujourd'hui qu'elles ne sont pas le fait du malade, mais de la maladie, et qu'une forme particulière, la *fièvre à rechutes* serait, suivant M. Raynaud, à la forme commune ce que la fièvre récurrente est au typhus.

On ne confondra, bien entendu, pas la rechute, seconde évolution du processus fébrile spécifique, apparaissant après que la convalescence de l'at-

(1) Traité des maladies épidémiques.
(2) Revue mensuelle 1880.

taque primitive est franchement établie, mais pendant cette convalescence, avec la *récidive* constituée par une infection nouvelle de l'organisme longtemps après la guérison définitive et la convalescence achevée.

Enfin avant de résumer les notions actuelles sur l'étiologie et la prophylaxie, nous ne saurions insister trop sur la nécessité de surveiller longtemps les sujets délicats qui ont eu une fièvre typhoïde, au point de vue de l'apparition des premiers signes de la *tuberculose* ; car de toutes les maladies aiguës, c'est assurément avec la rougeole, la plus tuberculisante.

III

Dans un des derniers numéros du *Concours médical*, M. le Dr Henry faisait une intéressante communication intitulée : Comment on prend la fièvre typhoïde. La lecture de son observation nous a remis en mémoire les remarquables travaux qui ont signalé ces dernières années sur l'étiologie et la prophylaxie, et qui sont inséparables des noms de Murchison, Budd et Guéneau de Mussy. Rappelons que deux théories pathogéniques sont en présence. D'observations presque innombrables il ressort qu'on doit attribuer le développement des épidémies typhoïdes aux émanations de matières putrides, et surtout, sinon exclusivement, de matières excrémentitielles, ou à l'usage, comme boisson, d'eaux souillées par le mélange de ces matières. Sur ce point, l'accord règne; mais ce qui divise, c'est la question de savoir si la matière putréfiée engendre à elle seule le germe morbide, ou si elle n'en est que le dépositaire et l'enveloppe. La fièvre typhoïde n'est-elle qu'une fièvre *pythogénique*, engendrée par la putridité?

Ou le poison typhoïdique, production spécifique, définie, uniforme, constante dans sa nature comme elle l'est dans ses effets, ne trouve-t-il dans les excréments putréfiés qu'un milieu favorable à son action, un véhicule ?

Telles sont les deux doctrines, celle de l'infection, de la pythogénie (Murchison), celle de la contagion (Budd), non pas de la contagion par contact, mais de la contagion par *contage*. La deuxième théorie parait gagner du terrain de jour en jour dans l'esprit des pathologistes. Le principe contagieux semble être contenu surtout dans le flux diarrhéique ; il pénètre dans l'économie avec les boissons (eau ou lait souillés par le mélange des déjections alvines) ou avec l'air respirable tenant en suspension des particules qui en émanent. Dans les campagnes les matières excrémentitielles sont déposées dans des fosses non maçonnées qui permettent leur infiltration dans les terrains environnants, ou simplement jetées à la surface du sol et entraînées ensuite par les eaux pluviales dans les ruisseaux « semant ainsi la contagion sur leur passage (Budd). »

Dans les villes, le poison typhoïdique est propagé au loin par les égouts de vidanges, qui, suivant l'image de Budd « sont comme une continuation de l'intestin malade. »

Il ressort d'autre part, d'un certain nombre d'observations, que des matières putrides auxquelles n'etait pas mêlé un élément spécifique, ont été incapables, pendant un assez grand nombre d'années, d'engendrer la fièvre typhoïde et que leurs émanations n'acquirent de propriété nocive que du jour où des déjections de typhoïsants y ont été mélangées.

Souvent la transmission se fait par le lavage des linges souillés de déjections, dans un lavoir situé à l'entrée d'un village (Lécuyer, de Beaurieux)(1). La transmission par le lait et par l'eau sont absolument hors de doute, et nous sommes d'accord sur ce point avec le Dr Henry : *on boit la fièvre typhoïde*. La diminution de pression dans les tuyaux de conduite des eaux, lorsqu'il s'y trouve quelques fissures, permet l'introduction endosmotique de principes typhogènes, contenus dans les terrains environnants, et l'on a souvent vu une épidémie coïncider avec l'interruption de la circulation des eaux. Mais la transmission du poison typhoïdique se *fait aussi par l'air*; les regards d'égouts, les siéges des cabinets d'aisance non munis de soupapes convenables, qui permettent à l'air des réservoirs de vidanges de communiquer avec l'atmosphère des rues et des habitations, peuvent devenir, suivant l'expression de M. Guéneau de Mussy, autant de portes ouvertes à la contagion.

Nous n'en voulons pour exemple que le fait d'une épidémie de maison, comme disait Griesinger, rapportée dernièrement par M. Fernet (2). Dans un orphelinat des Champs-Elysées, on vide une fosse dans laquelle une année avant avaient été jetées des matières typhiques insuffisamment désinfectées; huit jours après deux enfants présentaient les symptômes de la fièvre typhoïde, puis deux autres le lendemain, puis une dizaine presque en même temps et deux adultes furent atteints d'accidents typhoïdes à des degrés divers.

De bien intéressantes expériences sont celles qu'a instituées le professeur Tizzoni (de Catane) et qu'il résume ainsi :

1° Les matières organiques insolubles, extraites de l'eau potable par simple filtration pendant une épidémie et injectées sous la peau du chien, produisent dans certains cas les principaux phénomènes cliniques et anatomiques de l'infection typhique.

2° Les lésions anatomiques de ce typhus expérimental sont les ulcérations des plaques de Peyer, l'infiltration des ganglions mésentériques et le gonflement de la rate. Dans les tissus de ces organes se trouvent des organismes microscopiques doués de mouvements très-actifs.

3° Le poison typhique, même injecté sous la peau, a toujours une action élective sur le tube digestif.

4° Les résultats ont été négatifs : (*a*) quand une suppuration, au niveau du point où on avait pratiqué l'injection, détruisait et éliminait les germes injectés ; (*b*) quand les matières avaient été extraites de l'eau après la disparition de l'épidémie ; (*c*) quand le liquide avait été enfermé pendant deux mois dans de l'eau distillée et en vase clos ; (*d*) lorsque les microbes contenus dans le liquide de l'injection ne présentaient plus aucun mouvement.

De toutes nos connaissances actuelles doivent

(1). Union médicale du Nord-Est, 1879.
(2). France médicale, 1881.

donc découler les indications prophylactiques suivantes :

1° Par la filtration de l'eau surtout en temps d'épidémie on pourra atténuer, sinon éloigner complètement les dangers d'infection.

On peut vérifier la pureté des eaux qui doivent servir à l'alimentation et au lavage des vases en y laissant tomber deux ou trois gouttes d'une solution de permanganate de potasse; l'eau doit conserver une couleur rose, si elle ne contient pas de matières organiques (Murchison).

2° Il faut désinfecter les déjections typhoïdes, les linges souillés et la literie avec une solution d'acide phénique au 1/40, de sulfate de fer (150 grammes par litre d'eau) ou de permanganate de potasse.

3° Il faut désinfecter aussi les fosses et les cabinets d'aisances, dont les cuvettes doivent toujours être munies de soupapes fermant hermétiquement, pour empêcher toute communication de l'atmosphère de la fosse avec celle des appartements.

4° Enfin, on ne devrait pas permettre d'établir des communications permanentes entre les égouts et les fosses d'aisances, à moins que la cité n'ait à sa disposition une masse d'eau assez considérable pour entraîner sans cesse les matières, sans leur laisser le temps de s'accumuler, et ne jamais laisser diminuer la pression à l'intérieur des tuyaux de conduite, comme cela arrive quand on cesse temporairement la distribution des eaux.

C'est par un ensemble de moyens analogues que nous pourrons espérer voir diminuer dans l'avenir le nombre et l'intensité des épidémies de fièvre typhoïde, et si cet heureux temps arrive, les fils d'Esculape pourront, avec une fierté légitime, se rappeler l'antique légende qui montre Apollon, leur aïeul, vainqueur du monstre Python. Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Création de syndicats ou cercles médicaux.

Nos lecteurs ont pu s'en convaincre par la lectures du n° 18, l'élan est imprimé à la formation des syndicats. Ils sont de nécessité absolue pour améliorer dans le présent les situations médicales et les préserver dans l'avenir.

On nous demande de divers côtés : comment devons-nous procéder? quelles sont les démarches à faire, les formalités à remplir, les résolutions à prendre?

Il faut dire d'abord que, pour nombre de professions, des syndicats ont été organisés durant les dernières années, malgré les prohibitions législatives. Un syndicat qui voudrait se créer régulièrement, sous l'empire de la loi actuelle, serait contraint d'adopter la forme de société civile ; il devrait s'interdire certaines stipulations coercitives ; en un mot, il nécessiterait des conditions multiples difficiles à remplir.

Mais l'attention des pouvoirs publics a été appelée sur ce sujet et nous savons tous qu'un projet législatif sur les *syndicats professionnels* est en délibération et aboutira sous peu. Nous nous trouvons, en conséquence, dans une période de transition. On tolère ce qu'on est tout disposé à traduire en projet de loi. Les circonstances sont on ne peut plus favorables pour permettre à l'initiative privée de se donner carrière.

Vous voulez créer un syndicat; vous avez sondé les dispositions des confrères avec lesquels vous êtes en relations; vous êtes d'accord avec eux sur l'opportunité de la mesure : c'est là l'essentiel!

Vous devez alors provoquer, par invitation individuelle, une *réunion privée*, dans la localité la plus centrale.

La réunion a lieu; vous attribuez la présidence au plus âgé des membres de la rénnion. Celui-ci, en quelques mots, expose le but qu'on se propose : la protection et l'amélioration des conditions de l'exercice médical. Il demande la nomination, à la majorité, d'un vice-président et d'un secrétaire-trésorier. Il est inutile de compliquer les rouages.

Le président déclare qu'il appartiendra aux réunions ultérieures, dont on va fixer les dates, de rédiger un règlement, qui ne nécessitera ni publicité, ni approbation administrative.

Il propose, comme entrée en matière, l'adoption d'un tarif d'honoraires en 3 ou 4 articles, portant uniquement sur le taux des visites de jour et de nuit, dans la résidence, et s'il le faut, dans le voisinage, selon les distances; sur le prix des fractures et luxations en général; sur celui des accouchements selon leur catégorie. Il est peu opportun d'édicter une obligation absolue d'appliquer ce tarif; c'est un tarif à consulter, un appui dans diverses circonstances, surtout pour le jeune médecin.

Il convient encore d'adopter une pratique commune pour le recouvrement des honoraires, pour les dates et les formules de réclamations.

Si, dans sa première séance, la réunion a su s'accorder sur ces divers points, elle n'aura point perdu son temps et nous sommes assurés que la réunion suivante sera plus nombreuse que la première, à la condition de prendre la précaution d'aviser, par une courte circulaire, les dissidents de la région, des conventions intervenues.

Dans cette première séance, le Président recueille l'engagement de verser la modeste cotisation qu'exigeront les frais d'impression et autres, qu'on s'efforcera de réduire à leur plus simple expression.

Si tous les assistants qui ont de bonnes idées et de bons sentiments s'accueillent avec tolérance, on fera de bonne besogne, et si un dîner confraternel suit la réunion, nons sommes certains que chacun rentrera au logis avec la conscience d'avoir jeté les premières assises d'une œuvre féconde et durable.

LA DIRECTION

II

Exercice illégal de la médecine

(Première lettre.)

De toutes les questions qui préoccupent aujourd'hui le corps médical, il n'en est pas de plus importante que celle de l'exercice illégal de la médecine. Il y a là matière à nombreuses et graves réformes ; et ce n'est pas aujourd'hui que nous les

demandons. Or jamais nos réclamations n'ont été plus fondées, car jamais la tolérance n'a été plus grande à l'égard de ceux qui, au vu et au su de tout le monde, font de la médecine, sans y être autorisés, et cela dans les conditions les moins honnêtes qu'il soit possible de réaliser.

En présence de ces abus sans nombre, on est en droit de se demander, s'il existe réellement des lois, et si elles servent à quelque chose.

Ou elles existent, et il faut les appliquer ; ou elles sont surannées, et il faut les refaire et les mettre en harmonie avec les besoins de notre époque.

Il n'est certe pas juste que l'Etat exige de nous des garanties sérieuses, nous impose des études longues et coûteuses, nous confère à grands frais un diplôme qui nous donne le droit d'exercer la médecine, quand il tolère le même exercice de la part du premier venu, charlatan, moine ou marchand de drogues, qui n'a rien fait pour acquérir le moindre diplôme, mais que son costume ou la crédulité publique a élevé au rang de ceux qui ont employé à s'instruire et à acheter un droit un bon nombre d'années et une bonne partie de leur fortune.

Bien d'autres sont entrés avant nous dans la voie des revendications. Il y a malheureusement des abus qu'on ne réformera pas, ils sont passés dans les habitudes. Mais il en est d'autres contre lesquels nous devons réagir. Et s'il faut faire la part des pertes, il faut aussi tâcher de trouver des compensations. Nous avons peu à attendre de l'Etat : très-exact à percevoir nos droits d'études, il l'est moins à nous défendre ensuite contre nos ennemis ; et quand il nous a vendu le droit d'exercer notre profession, il ne se soucie aucunement des moyens que nous avons de la conserver. Il en serait sans doute autrement si cela lui rapportait quelque chose !

Nous aurons donc toujours de grandes difficultés à améliorer notre sort en tant que médecins. Mais ce que nous devons énergiquement soutenir, c'est que s'il est permis à d'autres d'empiéter impunément sur nos droits professionnels, même liberté doit nous être laissée de prendre où bon nous semble nos moyens d'existence. Et c'est une injustice criante que de nous obliger à payer pour être médecins, quand d'autres participent aux avantages attachés à cette profession.

Tous nos efforts à faire respecter nos droits n'empêcheront pas le public d'aimer qu'on se moque de lui et qu'on le vole.

L'Etat, de son côté, n'aura jamais la force de nous soutenir.

Tâchons donc de trouver des moyens qui, dans le sens de la plus grande liberté, résolvent les questions litigieuses et satisfassent les besoins du corps médical, en lui permettant de lutter à armes égales contre ceux qui lui font si grand tort.

*
**

Nous nous proposons d'étudier ce qu'est l'exercice illégal de la médecine, de passer en revue ce qui a été tenté jusqu'ici pour le réprimer, et de rechercher les mesures par lesquelles il conviendrait aujourd'hui de s'opposer à ses progrès.

Nous faisons donc appel à tous nos confrères, et, persuadés que, de l'échange des observations de tous peut seulement sortir la juste expression de nos communs désirs, nous les prions de nous faire part de toutes les réflexions que leur pratique a pu leur inspirer. Qu'ils nous signalent nos maux et nous en indiquent le remède. Le *Concours* est ouvert à tout le monde : aucune opinion n'y doit prévaloir, à l'exclusion de toute autre, et nous serons heureux d'insérer toutes les controverses que nos collaborateurs voudront bien nous adresser. Qu'il nous soit permis cependant de les mettre en garde contre un écueil facile à éviter. Il n'est pas un de nous qui, au sujet de l'exercice illégal de la médecine, n'ait la mémoire remplie d'un bon nombre d'histoires de tous genres, et qui presque toutes se rattachent, avec quelques variantes, à des types uniformes d'escroquerie, de charlatanisme, etc. Nous prions instamment nos confrères de ne point vouloir faire du *Concours* un recueil d'anecdotes qui trouveront mieux leur place ailleurs. Ce serait perdre du temps que de s'arrêter à ces récits dont la plupart n'ont pas même eu le don d'attirer l'attention des tribunaux. Il nous faut prendre le sujet par le côté sérieux ; c'est la meilleure manière d'arriver promptement à *formuler nos demandes de réformes* ; et si des faits particuliers nous arrivent, présentant un intérêt pratique et accompagnés d'utiles déductions, nous nous empresserons d'en faire profiter nos lecteurs.

Dr Georges Huette (de Montargis).

III

Révision de la législation médicale (12e lettre). (1)

LES HONORAIRES DU MÉDECIN DEVANT LA LOI.

Nous croyons avoir montré combien l'article 2272 du code civil qui applique la prescription annuelle aux honoraires du médecin était inique ; nous avons prouvé que, désastreuse pour le médecin, cette mesure allait à l'encontre des idées philanthropiques qu'on s'efforce de faire prévaloir et que seuls en pouvaient profiter le vice et la mauvaise foi : voyons maintenant quelles conséquences en a tirées la jurisprudence.

Et tout d'abord, disons que la lettre par laquelle le débiteur répond à l'invitation de son médecin de lui payer ses honoraires qu'il passera chez lui *pour le solder* ou *pour le remercier de ses soins* peut être considérée comme une obligation de payer faisant obstacle à la prescription.

D'où, conséquence pratique : *le médecin doit religieusement conserver les lettres de ce genre qu'il peut recevoir.*

Les autres décisions sont loin de nous être aussi favorables : c'est par exemple une question très controversée que celle de savoir *quel est le point de départ de la prescription d'un an* à laquelle notre action est soumise.

Pour les uns, chaque visite constitue une créance séparée qui se prescrit isolément : ainsi pour une visite faite le 7 mai 1881, le délai de la prescription finirait au 7 mai 1882 ; pour celle du 8 mai 1881 au 8 mai 1882 et ainsi de suite.

D'autres admettent que les soins donnés pendant la même maladie constituent une créance unique et que le délai de la prescription court de

(1) Voir les nos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

la dernière visite faite; mais ici encore faut-il faire une distinction selon qu'il s'agit d'affections aiguës ou chroniques. Dans le premier cas, tous semblent d'accord ; dans le second les divergences d'interprétation abondent.

Eh bien ! c'est encore là une absurdité ! La prescription étant basée sur une présomption de paiement, il conviendrait du moins d'établir cette présomption d'une façon sérieuse : or chacun sait que jamais nous ne réclamons d'honoraires avant la fin d'une maladie et que moins souvent encore, s'il est possible, on ne nous verse nos honoraires avant cette époque.

En résumé, et comme toujours, nous sommes soumis au caprice de magistrats plus ou moins bienveillants (pourquoi faut-il que la seconde alternative soit la plus commune ?) et nous n'avons aucune règle fixe à suivre.

Il n'y a qu'un remède possible à cet état de choses, c'est l'application de la prescription quinquennale à nos honoraires. En cinq ans, nous pouvons nous faire payer, nous le devons, et le médecin qui laisserait passer ce terme pourrait à juste titre être considéré comme aussi coupable que le client qui l'attendrait ! Juste satisfaction serait donc donnée à nos légitimes réclamations.

Les effets immoraux du délai de prescription actuel tomberaient du même coup, et l'on voudra bien nous concéder que les honoraires du médecin au point de vue de l'utilité sociale, valent bien l'intérêt d'une rente ou le prix d'un loyer !

Cette demande n'est d'ailleurs pas nouvelle, et nous lisons dans les propositions votées par le congrès de 1845 (séance du 9 novembre, présidence de M. Villeneuve).

4° La prescription fixée à un an par l'article 2272 du code civil sera fixée à cinq ans.

Cette demande qui n'avait rien de subversif en 1845 sera-t-elle considérée en 1881 comme trop révolutionnaire ?

Et si l'on nous fait l'honneur d'un article supplémentaire au code civil, ne pourrait-on, du même coup, édicter que les soins donnés dans le cours d'une même maladie, aiguë ou chronique, constituent un tout indivisible au point de vue de la prescription ?

Dans la même séance du 9 novembre, le congrès de 1845 adoptait :

5° Le privilége consacré par l'article 2101 du code civil concernant les frais quelconques de dernière maladie sera étendu à tous les cas de succession ouverte ou de liquidation forcée.

C'est encore une revendication que nous devons hautement formuler, car la jurisprudence est toujours incertaine sur ce qu'on doit entendre par *dernière maladie*.

L'art 2101 du code civil porte :

Les créances privilégiés sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant :

1° Les frais de justice ;
2° Les frais funéraires ;
3° Les frais quelconques de la dernière maladie, concurremment entre ceux à qui ils sont dus.

Pendant longtemps, on a admis que la dernière maladie était celle qui se terminait par le décès du malade; une interprétation aussi absurde ne pouvait faire autorité, aussi les décisions récentes accordent elles à la loi un sens beaucoup plus large.

Le privilége des frais de dernière maladie repose sur un motif d'humanité : le législateur n'a pas voulu que le malade fût privé des soins et des médicaments nécessaires. Comment pourrait-on soutenir que la situation du médecin dût être, lorsqu'il réussit, moindre que lorsqu'il échoue dans sa lutte contre la maladie ?

Il est admis aujourd'hui que par *dernière maladie* il faut entendre la maladie, quelle qu'elle soit, qui a précédé l'ouverture de la contribution : décès, faillite, liquidation, etc..., et récemment encore le *Concours* insérait une décision rendue dans ce sens.

On ne saurait donc opposer aucune raison valable à l'inscription dans le texte de la loi d'un principe qui n'est plus sérieusement contesté, et cette inscription aurait pour nous l'immense avantage d'établir une règle formelle qui nous soustrairait, une fois pour toutes, aux formalités onéreuses et désagréables d'un procès.

Quant à la question de savoir à quel moment a commencé la dernière maladie, il n'y a pas de difficulté s'il s'agit d'une maladie aiguë; mais, s'il s'agit d'une maladie chronique, on est dans l'habitude de regarder comme point de départ l'époque où la maladie a augmenté d'intensité.

Ce sont toujours là des termes bien vagues et, dans la pratique, les difficultés sont nombreuses puisqu'il faut s'en rapporter à des témoins dénués de toute compétence. Nous estimons, pour notre part, que des visites régulièrement faites, même à intervalle assez grand, constituent d'une façon irréfutable le fait de maladie persistante et que *le début de la dernière maladie* doit être reporté à l'origine de ces visites, quelque éloignée qu'elle soit. Nous admettons, par contre, que l'interruption de ces visites pendant un temps suffisamment long (plusieurs mois) fasse présumer le retour à la santé, et soit opposable à la réclamation de privilège.

La loi porte : « *Concurremment entre ceux à qui ils sont dus,* » il n'y a pas de difficulté s'il s'agit à la fois du médecin, du pharmacien, de la sage-femme, de la garde-malade ; il n'en est pas de même si deux médecins ont successivement donné leurs soins au malade et nous avons vu refuser le bénéfice du privilège à un médecin qui, après soigné, pendant plusieurs mois, un malade atteint de ramollissement cérébral, avait dû être remplacé par un confrère, le malade ayant changé de résidence.

Nous n'hésitons pas à dire que, dans ce cas, l'esprit comme la lettre de la loi ont été violés — mais il s'agit toujours d'interprétation et, avec les meilleures raisons du monde, on arrive trop souvent à se faire débouter de sa demande et à payer les frais !

Les articles suivants du code civil complètent et expliquent l'article 2101, on lit en effet ;

Art. 2104. — Les priviléges qui s'étendent sur les meubles et les immeubles sont ceux énoncés en l'art. 2101.

Art. 2105. — Lorsque, à défaut de mobilier, les priviléges énoncés en l'article précédent se présentent

pour être payés sur le prix d'un immeuble, les paiements se font dans l'ordre qui suit :

1° Les frais de justice et autres énoncés en l'article 2101 ;

2° Les créances désignées en l'article 2103; etc...

Ces questions ont pour le médecin un intérêt si grand qu'on nous pardonnera d'insister quelque peu.

Aux termes de l'art. 2102, le propriétaire a un privilége spécial sur les meubles qui garnissent les lieux par lui loués : ce *privilége spécial* doit-il s'exercer avant le *privilége général* du médecin?

Cette question a été résolue négativement par le tribunal de la Seine et nous ne doutons pas que la même solution soit acceptée, le cas échéant, par les autres tribunaux.

De plus, les frais de la dernière maladie sont une dette de la communauté, et, comme tels, doivent être supportés par moitié par chacun des époux, sans qu'il y ait lieu à récompense pour le survivant, lors de la liquidation de la communauté; ils rentrent aussi dans la classe des aliments, et le survivant, même séparé de biens, doit les acquitter si le conjoint est nécessiteux.

Enfin disons que l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade peut, d'après les circonstances, être considéré comme s'étant obligé solidairement avec le mari au payement des honoraires du médecin. (Cass. 4 décembre 1872).

Ce sont là des points de droit qui, jugés par le simple bon sens, ne sauraient être l'objet d'aucun doute, mais qui, embrouillés comme à plaisir au cours d'un procès, ne sont rien moins qu'incontestés.

Aussi demandons-nous instamment au législateur de préciser sa pensée et de la traduire nettement dans le texte de la loi.

La révision des lois qui régissent la médecine s'impose, elle arrivera au premier jour devant les Chambres..... nous est-il permis de formuler un vœu à ce sujet?

Ce serait que nos législateurs voulussent bien se convaincre qu'il s'agit là d'une œuvre d'ensemble dont toutes les parties sont, l'une à l'autre, liées de la façon la plus étroite. Prendre sans ordre les diverses questions que nous soulevons, les étudier et tenter de les résoudre séparément, c'est à l'avance se condamner à l'impuissance, c'est délibérément s'arrêter aux demi-mesures, aux contradictions et à tous les *impedimenta* que fera naître le défaut d'harmonie qui ne peut manquer d'exister entre des projets hâtivement présentés.

Qu'on aborde donc résolument, d'une seule fois, les questions afférentes à la santé publique! Qu'on prépare une codification de toutes les lois qui de près ou de loin touchent à l'art de guérir ! Alors, mais alors seulement, on aura chance d'aboutir à quelque résultat sérieux.

Nous souhaiterions, certes, que le Gouvernement prît l'initiative d'une telle réforme; mais si, absorbé par des préoccupations d'un autre ordre, il croyait devoir ajourner encore la solution d'une question qui, depuis plus de cinquante ans, reste en suspens, c'est à *nos confrères législateurs* qu'il appartiendrait de présenter un projet.

L'autorité, les lumières ne leur font certainement pas défaut, et ils savent qu'ils peuvent compter sur le concours actif et éclairé de la presse médicale..

Dr A. Gassot, de Chevilly (*Loiret*).

COURRIER

Emploi du chloral comme anesthésique chez les enfants. (V. Conc. méd. n° 9, page 105).

Très honoré confrère,

L'anesthésie par le choral peut rendre de précieux services dans bien des cas de chirurgie infantile, surtout à la campagne où l'on manque presque toujours d'aides intelligents; *il me paraît donc utile d'ajouter quelques réflexions à la réponse que vous avez bien voulu faire vous-même, dans le numéro du 26 février dernier,* aux craintes que le Dr de Ridder vous a exprimées vis-à-vis de cette méthode.

C'est justement parce que je craignais des accidents du côté du cœur et des poumons que j'avais demandé au Dr Bouchut la dose exacte qu'il me conseillait pour le cas présent; et pendant tout le temps que l'enfant resta sous l'influence du chloral, mon attention ne cessa de se porter vers le pouls, la respiration et l'expression du visage.

Or, comme je l'ai relaté dans mon observation, au moment où l'enfant s'endormit, vingt minutes après l'ingestion de 2 gr. 50 de chloral, le pouls était calme et le sommeil très naturel. J'aurais pu ajouter que la respiration était tranquille et régulière, et qu'il en fut ainsi jusqu'au réveil de l'enfant.

Ce dernier n'a donc, à aucun moment, présenté de symptômes inquiétants du côté du cœur ou des poumons; aussi sommes-nous autorisé à penser que la dose de 2 gr. 50 n'était pas trop forte pour cet enfant de six ans, qui jouissait d'une bonne santé.

Du reste, d'après Nothnagel et Rossbach «ce sont les appareils centraux de la respiration et les ganglions du cœur qui résistent le plus longtemps à l'action paralysante du chloral» tandis que, d'après les mêmes auteurs, le chloral agirait d'abord sur «les appareils nerveux qui président à la connaissance. »

Or c'est à ces premiers effets seulement que nous a conduit la dose en question.

Loin de nous la pensée de ne reconnaître aucun danger à l'anesthésie par le chloral, mais nous croyons que son application à la chirurgie infantile n'offre pas plus de dangers que l'anesthésie par le chloroforme.

Le Dr E. Labbé (Dict. encycl., art. Chloral) déclare que « *toutes les fois* que l'on a pu faire l'autopsie, on a trouvé, chez les sujets empoisonnés par le choral, des lésions graves *anciennes*, telles que : dégénérescence graisseuse ou inflammation chronique du cœur, des reins ou du cerveau.»

Oscar Liebreich recommande d'éviter l'emploi de doses élevées dans certaines affections, telles

que celles du cœur. Fonssagrives fait la même recommandation.

Dans l'observation publiée par le Dr Bouchardat en 1876, l'enfant, comme vous l'avez fait justement remarquer, avait dans tout le poumon droit de nombreux tubercules et une petite caverne. Est-il nécessaire de rechercher d'autres faits pour nous convaincre que les contre-indications de l'anesthésie par le chloral sont les mêmes que par le chloroforme, et qu'avant d'employer l'anesthésie, soit par le chloral, soit par le chloroforme, on devra toujours s'assurer que le cœur et les poumons sont en bon état?

Veuillez agréer, etc.

Dr Le Menant des Chesnais.

Nous n'avons rien à ajouter aux sages réflexions de notre honorable correspondant, puisque sa lettre ne fait que confirmer la réponse que nous avions donnée nous-même.

Dr J. G.

*
* *

Observation d'un cas d'érythème noueux.

La nommée S..., de Chaillé, a joui, jusqu'à présent, d'une santé à peu près irréprochable. Quelques maux de tête assez intenses, des douleurs rhumatismales fugaces, composent tout le bilan de son passé pathologique. Au moment de l'observation, elle a cinquante ans environ. Ses règles n'existent plus depuis six mois et elle ne parait pas avoir été incommodée par leur disparition.

Comme antécédents de famille, des tubercules. — J'ai soigné un de ses frères pour une phthisie chronique dont il est mort. — Il y a quinze jours, j'en ai opéré un autre, d'un hydrocèle et, sous l'hydrocèle, j'ai rencontré un testicule suspect, qui semble révéler la même diathèse : bref le terrain n'est pas bon. Aussi quoique cette femme ait une apparence robuste, et un âge qui éloigne certaines inquiétudes, on comprendra aisément que j'aie pu être alarmé par les phénomènes morbides que je vais relater.

Le 12 janvier de cette année je suis appelé auprès d'elle pour une céphalalgie atroce. — Il y a eu un vomissement bilieux. Les yeux ont de l'hébétude — la peau est médiocrement chaude et le pouls bat à 70. Le mal de tête est tellement violent qu'elle pousse des cris déchirants et qu'elle me supplie de venir à son aide. Elle accuse un sentiment de compression; la céphalalgie est généralisée, le cuir chevelu est insensible à la pression; il n'y a point de ganglions engorgés comme dans l'érysipèle. Quoique la douleur semble diffuse, je constate cependant une légère prédominance du côté gauche avec un peu d'irradiation dans les muscles de la face des deux côtés. Cette irradiation existe aussi dans les méningites, — je l'ai constatée plusieurs fois, — elle pourrait, dans quelques cas, établir une confusion avec certains accidents névralgiques. Ici l'assimilation est impossible : il n'y a ni sensation de pulsations, ni sensibilité aux points d'émergence. Je le répète, c'est une douleur compressive qui s'étend sur toute la calotte crânienne, d'une tempe à l'autre et du front à l'occiput. — Du reste je ne constate ni *soupirs*, ni *intermittence du pouls*, ni tache méningitique, quoique le ventre soit légèrement rétracté et qu'il y ait une constipation datant de trois jours.

Prescription : Bromure de potassium : 8 gr. dans les vingt-quatre heures; bromhydrate de cicutin : cinq granules d'un demi-milligramme ; vessie glacée en permanence sur le front; sinapismes aux extrémités.

Trois jours après la situation est la même, le mal de tête est aussi intolérable : la fièvre s'est allumée, avec redoublement tous les soirs. — Le matin 37° au thermomètre, le soir, 38° et 39°. La respiration reste régulière ; le rythme du pouls est le même; absence de respiration suspirieuse, de vomissements; délire fugace vers le soir, motilité parfaite: il n'y a aucune douleur dans les articulations et le corps n'offre aucune espèce d'éruption. J'ajoute qu'il n'y a aucune trace d'accidents syphilitiques, et que les antécédents sont d'une pureté irréprochable. Quelle peut donc être la nature de cette céphalalgie atroce, que rien n'apaise, ni les sangsues aux malléoles (deux de chaque côté), ni les révulsifs aux mollets ; ni les ventouses sèches à la racine des cuisses ; ni l'extrait de belladone en frictions; ni les bromures largà manû; ni le sulfate de quinine en lavements et en pilules ?

Le cinquième jour de l'affection je me décide à appliquer, du côté frontal gauche un vésicatoire qu'on pansera avec : chlorhydrate de morphine 0 gr. 04.

Le lendemain, sixième jour de l'affection, la céphalalgie a cédé relativement; l'hébétude de la face est moindre, mais il existe toujours une douleur obtuse des plus inquiétantes. La morphine aurait-elle opéré et aurions-nous eu affaire à une céphalalgie de nature névralgique et rhumatismale, comme nous l'avons rencontrée dans des circonstances assez rares, mais indéniables ?

Je procède de nouveau à un examen général de la malade et, à ma grande surprise, je constate, sur la face interne des deux tibias, deux petites plaques érythémateuses d'un rouge vif, mobiles avec la peau et présentant un relief très accusé sous le doigt explorateur : la maladie était jugée! La méningite possible, cédait le pas à un *érythème noueux* dont l'évolution n'a plus rien présenté d'original et dont par conséquent les phases ne méritent pas d'historien.

Aujourd'hui 19 janvier la malade est en pleine convalescence.

L'érythème noueux est évidemment une manifestation de la diathèse rhumatismale. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est surtout l'opposition des phénomènes: affirmation insolite d'un côté, négation peu habituelle de l'autre; ici, absence de douleurs dans les jointures, là, céphalalgie atroce, semblant résumer tout l'effort de l'arthritide.

J'ai tenu à publier cette observation pour mettre en garde certains praticiens souvent disposés, en présence de manifestations céphalalgiques de cette intensité, compliquées d'antécédents déplorables, à croire à une *méningite*. Les signes diagnostiques qui m'ont permis de rester dans une réserve prudente ont été : d'abord l'âge, ensuite l'*absence de soupirs* et d'*intermittence du pouls*. Ces deux phénomènes sont presque les seuls qui permet-

tent de différencier la méningite tuberculeuse de la dentition difficile — et ce sont eux surtout qu'il faudrait invoquer, comme association, si un cas de cette nature, siégeant dans une famille suspecte, venait à éveiller des appréhensions trop souvent légitimées.

Dr G. Reignier (de Surgères).

REVUE ÉTRANGÈRE

I

JOURNAUX ANGLAIS ET AMERICAINS

La question de la trichinose en France et en Amérique.

La trichinose a été, tout récemment en France, le sujet de nombreuses discussions. Comme toujours, les opinions les plus contradictoires ont été émises et soutenues, et les trichines, — ces horribles asticots, — ont trouvé de chaleureux défenseurs, presque des panégyristes. Cela n'a rien d'étonnant. A notre époque on discute sur tout, et l'on n'est d'accord sur rien. Au résumé, la question de la trichinose a été fort sagement résolue par le gouvernement qui, d'accord avec le bon sens public, a interdit sans restriction comme sans regret, j'aime à le croire, l'importation des viandes salées d'origine américaine. Cette mesure a soulevé l'indignation de certains philosophes partisans de toutes les libertés, qui ont trouvé étrange qu'on enlevât aux uns le droit de vendre des viandes trichinées, aux autres le droit de les manger. Les *économistes*, par exemple, ont vu dans cette prohibition, une atteinte grave à la liberté commerciale, un retour aux errements barbares du passé. Certes, nous sommes péniblement impressionné en songeant à l'immense chagrin des gros marchands de salaisons, mais nous préférons encore ce malaise purement moral, à la perspective d'être, un jour ou l'autre, vermoulus de trichines. Je sais bien que messieurs les économistes nous affirment que rien n'est plus inoffensif que les trichines, que ce sont de charmantes petites bêtes, qu'il s'agit tout simplement de savoir accommoder. Et M. Arthur Mangin reproche au gouvernement, dans l'*Economiste français*, du 26 février dernier, de ne pas en avoir publié la recette. Elle est si simple, si efficace, qu'elle eût rassuré les plus timorés, bien mieux qu'un absurde décret de prohibition. « Il est fâcheux, dit-il, de procéder par décrets et coups de force, là où de *sages conseils* donnés à propos, suffiraient à arrêter le mal. » Hélas ! monsieur, vous ignorez donc l'usage que font des *sages conseils* ceux qui en ont le plus besoin !... Croyez-vous sérieusement que lorsque l'on aurait inséré à l'Officiel et placardé sur les murs — comme vous le demandez dans *l'Économiste* du 12 mars — une instruction *conseillant* aux populations de faire cuire les viandes suspectes à 72° ou 78°, vous eussiez arrêté net la trichinose dans sa marche triomphante? Un cuisinier de profession est souvent incapable de reconnaître quand une pièce de viande est cuite dans toutes ses parties, et vous espérez qu'une servante de ferme cuirait au point voulu un morceau de lard? Vous avez la foi ; mais croyez-le, cette foi qui soulève les montagnes, ne détruit pas les trichines. Cette lutte corps à corps dans la marmite, a pu séduire un esprit chevaleresque, mais c'est une lutte imprudente, dangereuse, où l'homme est toujours vaincu, et vaincu sans le savoir. Mieux vaut fermer sa porte à un pareil ennemi : le Gouvernement l'a fait pour nous, et nous l'en remercions sincèrement.

Pour un peu, si nous en croyons M. Arthur Mangin, cette question de la trichinose, d'abord simple question d'hygiène, puis question économique, fût devenue une question diplomatique. Que diront les Américains? Ils vont user de représailles et prohiber nos vins !

Puissiez-vous dire vrai !... Nous ne connaissons le bon vin que par les récits de nos pères : il nous serait enfin donné d'en goûter à notre tour. Mais laissons là ces chimères, et voyons un peu ce que pensent et ce que disent les Américains, non point les philosophes théoriciens ou les négociants de Chicago, mais les médecins ,qui ont le double mérite d'être compétents et désintéressés dans la question. Un journal hebdomadaire des plus répandus, le *Medical and surgical Reporter* de Philadelphie, consacre un *editorial* article à cette grosse question et l'envisage avec impartialité sous toutes ses faces. (no du 26 mars 81).

« La réputation suspecte ou mauvaise que le porc américain s'est acquis à l'étranger a causé une grave perte d'argent aux Etats-Unis, et a finalement déterminé l'interdiction d'introduire cette denrée chez les nations étrangères.

« La conviction qui s'impose à tout esprit américain est que les Etats de l'Europe, si désireux qu'ils soient de recevoir des aliments à bon marché, ne peuvent cependant empoisonner leurs sujets à notre profit...

« Nous remercierons cordialement les Français et les Allemands si leur intervention oblige notre gouvernement à exercer la surveillance nécessaire, d'autant plus que la protection profitera à nous-mêmes. Des milliers d'individus, sans aucun doute, meurent chaque année de la trichinose, aux Etats-Unis, et leur maladie réelle est certainement méconnue par leurs médecins.»

Puis après avoir exposé par suite de quelles circonstances le gouvernement français a été amené à interdire formellement l'introduction en France du porc salé américain, le journal continue ainsi :

« Personne, si ce n'est un marchand de porcs. sans conscience ni bonne foi, ne peut récriminer contre la mesure prise. Elle est parfaitement justifiée, et nous le méritons amplement par notre négligence constante en ce qui concerne les maladies spéciales aux animaux de consommation et notre insouciance des moyens de les prévenir.

«Cette question de la trichinose est vraiment sérieuse. *Il est loin d'être vrai* (It is far from true) que la simple cuisson soit une sauvegarde parfaite. Cela a été surabondamment démontré par M. Vacher, de Paris, dont l'autorité est d'un poids considérable. *Il* affirme que la protection donnée par la cuisson est tout à fait illusoire. »

Suit le détail des expériences de M. Vacher qui prouvent ce qui est connu de tous ceux qui ont fait cuire un morceau de viande: C'est que lorsque le morceau est d'une certaine épaisseur comme un jambon, par exemple, le centre ne cuit qu'après plusieurs heures d'ébullition non interrompue.

Le *Medical and Surg. Reporter* cite aussi l'opinion fantaisiste d'un certain M. John Rauch, un Américain, qui prétend que sur des millions de porcs entrés à Chicago, pendant ces deux dernières années, deux seulement sont morts de la trichinose.

« En avançant une pareille affirmation, le Dr Rauch se montre absolument ignorant du sujet qu'il traite, ou bien il a agi dans l'intérêt du marchand de porcs, en faisant bon marché de la vérité scientifique.»

Ce sont là, dit notre confrère, des assertions absolument dénuées de fondement. La trichinose se présente sous des aspects variables qui déroutent le praticien. Généralement on attribue à la fièvre typhoïde des morts imputables à la trichinose. Et fort spirituellement, il ajoute : «Vous dites que deux porcs seulement ont succombé à la trichinose. Il y a donc quelqu'un qui est chargé de vérifier la cause du décès de chaque animal? S'il en est ainsi, les porcs ont un service sanitaire bien mieux organisé que celui de la population de Chicago. »

Et le journal américain conclut en disant qu'il y a des années que l'on déplore la « lamentable ignorance des fermiers en ce qui concerne l'hygiène et les maladies des animaux qu'ils élèvent. Les événements actuels en portant une grave atteinte aux intérêts commerciaux, ont montré la racine du mal. Il n'y a pas à s'y méprendre. »

Laissons donc les philosophes théoriciens discuter sur la température à laquelle ont doit cuire les trichines, et félicitons-nous qu'en cette matière, comme en beaucoup d'autres, leurs dangereux conseils ne soient pas écoutés.

Dr Marsh.

II

Journaux Allemands.

Du traitement du typhus par les bains tièdes prolongés, par S. I. Afanassjeu.

Clinique du professeur W. A. Manassein (Saint-

Pétersbourg médical). — On a expérimenté les bains tièdes prolongés à la clinique de Manasseïn d'après la publication de Riess touchant leur influence sur la courbe thermométrique du typhus : « Le malade est couché commodément dans la baignoire sur un drap allant jusqu'au fond. Comme oreiller on se sert d'un coussin circulaire en caoutchouc « pareil à celui des hôpitaux pour le décubitus dorsal » dans l'ouverture duquel peut se mettre la tête du malade; pour tenir le patient suspendu on fixe les extrémités du drap à un cadre qui entoure la baignoire extérieurement à sa partie supérieure. Ce cadre est rectangulaire comme les civières de guerre ou les métiers à broder. A la clinique de A. G. Polotebnow on se sert d'une baignoire construite exprès et qui est encore plus commode pour les malades qui doivent être tenus un certains temps dans l'eau. Celle-ci a 2 m. 25 c. de long, 1 m. 50 c. de large et 1 m. de profondeur. On y enfonce, fixé sur des pieds massifs, un cadre de zinc auxquelles sont attachées des bandes de toile en long et en travers, par dessus on met un drap au moment de baigner le malade; au cadre est adapté un coussin mobile pour pouvoir mettre la tête à une profondeur et dans des positions variées. Avec une installation aussi commode j'ai pu prendre sept observations de malades atteints de typhus abdominal et traités par les bains tièdes prolongés.

Dans la plupart des cas on donnait deux fois par jour des bains de 3 heures tant que la température rectale dépassait 38,6; rarement on dépasait 3 heures, quelques-uns furent d'une durée moindre, soit par suite de circonstances fortuites, soit à cause de la susceptibilité particulière du malade. La température du bain était ordinairement de 25 degrés R., (31° 1/4 C.), en considération de l'impressionnabilité de certains malades, elle fut portée quelquefois à 33° C. et même dans quelques cas rares à 35° C. et toujours avec des résultats heureux. »

Pendant l'administration des bains on n'a vu dans aucun des sept cas ce qu'on est conveuu d'appeler l'état typhoïde; toujours l'intelligence était intacte, la céphalalgie insignifiante. Quelquefois même ces symptômes manquèrent tout à fait et furent remplacés dans le bain par un sommeil heureux et tranquille. L'état des organes de la digestion était très satisfaisant, eu égard à la maladie; la langue rarement chargée, humide et propre en arrière. *L'appétit était conservé à un tel point que les malades mangeaient pendant toute la durée du processus typhique.* Le foie et la rate n'étaient que modérement hypertrophiés, mais tous les deux douloureux chez tous les malades dans la première période de la maladie. On trouva presque toujours le cœcum douloureux, svec accumulation des matières fécales et la distension des intestins, sans qu'on fût cependant obligé pour cela d'avoir recours à une médication particulière. Des malades entrés dans la baignoire avec ces derniers symptômes très accentués eurent dans le bain même ou tout de suite après des selles naturelles.

On n'a jamais observé de fortes diarrhées.

Par l'influence de ces bains bi-quotidiens on parvient à changer la fièvre continue, à température très-élevée de la maladie à son summum, en fièvre rémittente ou intermittente. Dans la plupart des cas, la température par le bain de 3 heures s'abaissait de deux degrés cinq et de 3 degrés centigr., et plus dans certains cas plus rares, des malades entrés daus la baignoire avec 40° 5 et 41° 5 arrivèrent tout près, ou même à la température normale, de sorte qu'ils purent combattre ainsi l'usure énorme causée par une fièvre aussi forte.

L'auteur est convaincu que: 1°.avec des bains de 3 h. la température s'abaisse ordinairement de 1° 5 à 2° 5 centigr., une chute plus forte s'observe rarement; 2° au déclin de la maladie la température tombe plus facilement que dans les premiers jours, à un tel point qu'alors des bains, même de moins de 3 h. font le même effet ou un effet plus grand; 3° le soir l'abaissement est plus marqué que le matin.

Les chutes les plus fortes 3° 2 s'observèrent le soir; le matin la plus forte 2° 8 eut lieu après un bain de plus de 3 heures; elle était de 2° 4 après les bains ordinaires. Quoique les températures du matin aient été inférieures à celles du soir, l'abaissement était proportiouuel et ramenait le malade à la normale.

Le nombre des pulsations diminuait de 20 à 30 par minute après le bain, et, dans certains cas rares, était réduit de moitié. Quelque temps après, et daus tous les cas, le pouls était plus plein et plus fort et l'impulsion cardiaque plus régulière. L'abaissement de la température s'accordait avec la diminution du pouls. La respiration tombait parallèlement avec le pouls et la température; ici la régularité fut moindre, aussi la fréquence de la respiration avant ou après le bain était-elle moins accentuée.

L'auteur fait les observations suivantes sur les conditions qu'on cherche à remplir dans ce traitement: le malade doit être couché aussi commodément que possible dans la baignoire, il faut éviter tout effort musculaire pour qu'il s'y trouve comme dans un lit. Pour les hôpitaux on peut conseiller, à la place du drap dont nous nous servons, un matelas de caoutchouc rempli d'eau à la même température que celle du bain. Ces matelas couverts d'un drap sont un couchage commode pour le malade.

On doit éviter tout ce qui peut occasionner des stases locales qui impressionnent désagréablement les patients ; quand on ne le fait pas, ils demandent trop tôt leur sortie du bain. Quelquefois il suffit de changer un peu la position pour que le temps nécessaire puisse être atteint. En ménageant la sensibilité du malade pour lui faire supporter avec patience un long séjour dans l'eau et en appliquant les règles précédentes, on augmente l'efficacité des bains tièdes.

En considérant ces brillants résultats, le bien-être du malade et le peu de travail pour ceux qui le soignent, l'auteur croit que, dans les hôpitaux abondamment pourvus de baignoires, les bains tièdes doivent remplacer les bains froids actuellement en usage.

Dr Fischer.

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : Dr *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : Dr *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : Dr *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : Dr *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : Dr *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : Dr *Bibard Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : Dr *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le Dr *Margueritte au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : Dr *Boëllà Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : Dr *Hennart à Gacé* (Orne).

11° Sociétés de Secours mutuels : M. le Dr *Béraud à Charlieu* (Loire).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

P 's. Typ. de M. Décembre, 323, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

21 Mai 1881 — 3me Année. — No 21

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Il y a trois mois M. *J. Guérin* avait présenté à l'Académie une enfant atteinte d'un double pied bot varus équin des plus considérables et chez qui la section des tendons d'Achille n'avait amené aucun résultat favorable. M. J. Guérin a dû faire la section des tendons d'Achille au-dessus et au-dessous du siége des précédentes opérations, parce que celles-ci, ayant été pratiquées sans les précautions prescrites par la vraie méthode sous-cutanée, avaient été suivies de suppuration, ce qui avait déterminé des adhérences cicatricielles des parties. Pour remédier d'une façon plus complète à *l'adduction considérable de l'avant-pied* et à *l'enroulement du pied* qui constituent les deux éléments principaux du pied bot varus équin, M. J. Guérin a été obligé de pratiquer, comme il l'avait annoncé, en outre, la section des muscles jambier antérieur et postérieur, long et court fléchisseurs des orteils.

Aujourd'hui toutes les complications de la difformité ont disparu, et les deux pieds ont recouvré leur régularité normale.

M. Brouardel lit, en son nom et au nom de M. Boutmy, un mémoire sur *un réactif propre à distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux.*

On sait que les *ptomaïnes* forment une classe de composés organiques, souvent cristallisables, qui se produisent au cours de la décomposition cadavérique et qui présentent les propriétés générales des alcaloïdes végétaux. Il était donc important pour le toxicologiste de posséder un réactif qui permît de faire la distinction des uns et des autres. Le réactif proposé par MM. Brouardel et Boutmy est le cyano-ferride de potassium. Ce sel, mis en présence des bases organiques pures, prises au laboratoire ou extraites du cadavre, après un empoisonnement avéré, ne présente aucune modification. Il est, au contraire, ramené immédiatement à l'état de cyano-ferrure par l'action des ptomaïnes et devient alors capable de former du bleu de Prusse avec les sels de fer.

Il n'y a, jusqu'à ce jour, d'exception à cette règle que pour la morphine, qui réduit abondamment le cyano-ferride, et pour la vératrine, qui donne des traces de réduction.

Election. — Nous avons omis de signaler, dans notre dernier bulletin, l'élection de M. Nivet (de Clermont-Ferrand) comme membre correspondant national de l'Académie.

***

Maintenant que nous avons essayé de réparer notre oubli, nous allons continuer l'examen du budget de l'Instruction publique pour 1882.

Enseignement secondaire.— Les 2,950,000 fr. que demandent en plus de leurs ressources antérieures les lycées et colléges s'expliquent en partie par une raison qui ira au cœur de toutes les mères ; une somme supplémentaire de 450,000 fr. est mise à la disposition des économes des lycées pour subvenir aux charges croissantes que le renchérissement de toutes choses et la multiplication des élèves font peser sur ces établissements. C'est une amélioration dans le régime matériel

des lycées que nous promet cet article, elle sera la bienvenue.

En outre, 1,200,000 fr. sont exigés pour l'application des programmes nouveaux créés par le conseil supérieur. L'esprit de ces programmes est, on le sait, de rendre les rapports entre le maître et l'élève plus intimes, d'exiger, de celui-là sur celui-ci une action plus incessante et plus profonde. Le dédoublement des classes nombreuses, surtout pour les années de l'enfance, était dès lors une nécessité. Ajoutez à cela la création de cours nouveaux de langues vivantes, d'histoire naturelle et d'histoire dans les classes inférieures; celle de l'enseignement du dessin obligatoire pour les élèves ; le renouvellement des bibliothèques de lycées; enfin l'acquisition d'un matériel neuf pour la géographie.

Les collèges obtiennent aussi 600,000 francs de plus, destinés surtout à assurer au personnel enseignant des traitements plus uniformes : les professeurs seront divisés en trois classes, de façon à pouvoir obtenir leur avancement sur place. Le nouveau système leur permettrait d'arriver à un maximum fixe de 2,800 francs, plus 300 francs pour les licenciés. C'est peu, et déjà, dans bien des villes, les licenciés touchent des traitements fort supérieurs, sans lesquels d'ailleurs ils ne pourraient suffire à la charge de leurs familles. Nous citerons Epernay, Vitry-le-François, Epinal, Cherbourg, Perpignan. Il ne faudrait pas, sous prétexte de péréquation, abaisser des situations déjà plus que modestes. Le projet du Gouvernement sur ce point appelle un sérieux examen. L'occasion en sera fournie par un projet déposé à la Chambre par le député de Roanne, M. Audiffred, et qui tente de règlementer plus libéralement ce point.

Enseignement primaire. — Arrivons à l'enseignement primaire : la caisse des écoles, qui vient de lui fournir en trois ans plus de 100 millions de ressources extraordinaires, lui permet de se montrer moins exigeant qu'on ne s'y attendait. Il se contente de 1,782,000 francs d'augmentation, soit 21,713,600 francs en tout. De cet accroissement les trois meilleures parts sont distribuées en deux chapitres des plus intéressants :

500,000 francs pour les créations d'écoles nouvelles et pour les créations d'adjoints nouveaux dans les écoles anciennes qui se développent. Le nombre de ces créations atteint maintenant en moyenne, par an, 1,000 à 1,200.

500,000 francs pour secours aux communes qui établissent la gratuité absolue. Ce crédit est un de ceux qu'il faut le plus se réjouir de voir grandir : il était de 260,000 francs en 1876; en 1882, il atteindra 3,500,000.

C'est assez dire combien est vif ce mouvement qui emporte notre pays vers la gratuité.

Ce ne sont encore là que les préludes du grand élan qui va se manifester après le vote par le Sénat de la loi qui rend l'instruction obligatoire. Quand cette loi prendra 500,000 enfants au vagabondage pour les donner d'un seul coup à l'école, nous espérons bien qu'alors toutes les prévisions du ministre seront renversées, tous les cadres des chapitres que nous venons d'indiquer débordés et brisés. Ce sera la première fois peut-être qu'on aura le droit de se féliciter de voir un budget submergé sous les dépenses imprévues. C'est que, s'il est une inondation bienfaisante pour un pays, c'est bien celle que produit ce débordement soudain de l'instruction, rompant toutes barrières pour se répandre jusqu'au dernier village,

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'EMPYÈME

L'opération, que nous nous proposons d'étudier, étant une de celles que tout médecin peut être appelé à pratiquer, rentre, jusqu'à un certain point, dans la catégorie des *opérations dites d'urgence*. Elle est, dans certains cas, la seule ressource qui nous reste dans une maladie d'une gravité telle, dit M. Moutard-Martin, que l'on doit se féliciter de pouvoir la guérir quelquefois.

Le *mot empyème* qui, à l'origine, servait à désigner les collections purulentes de la plèvre, qui, plus tard, s'est même appliqué à tous les épanchements pleuraux, de quelque nature qu'ils fussent, a été détourné de son sens primitif et sert aujourd'hui à désigner l'opération même par laquelle on donne issue au pus par l'incision intercostale. M. Peyrot a proposé de lui substituer le nom plus vrai et plus scientifique de *pleurotomie*. Nous ne savons quel avenir est réservé à cette dénomination, mais l'empyème a pour lui la force de l'usage; tout le monde en effet se comprend aujourd'hui lorsque l'on dit : *faire l'Empyème*.

Nous mettant à la place du médecin qui se trouve en présence d'un malade atteint d'une pleurésie purulente, réunissant les conditions que nous établirons plus bas, nous étudierons successivement les cas dans lesquels cette opération semble indiquée, passant en revue les diverses conditions dans lesquelles on ne doit pas songer à y avoir recours, et celles au contraire qui semblent militer en faveur d'une intervention immédiate.

Après avoir tracé les règles du procédé opératoire qui est généralement admis aujourd'hui, nous nous étendrons sur les soins à donner aux

opérés. Nous croyons inutile de justifier l'étendue que nous donnerons à cette partie de notre étude, dans une maladie où l'on a pu dire que : « *l'opération n'était rien, que les soins consécutifs étaient tout.* »

Nous passerons ensuite en revue les divers accidents auxquels l'on peut être appelé à remédier, soit pendant l'opération, soit au cours du traitement, terminant par la marche que suit la maladie, soit que l'opéré arrive à guérir au prix des désordres toujours graves pour sa fonction respiratoire, soit que, ne pouvant suffire à une aussi longue suppuration, les accidents viennent à s'aggraver et amènent une terminaison fatale.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, nous examinerons trois séries de faits. La première comprendra les cas dans lesquels il est généralement admis que l'on ne doit pas intervenir. La deuxième série ceux, où l'indication de l'opération n'est pas formelle pour les auteurs, et où le moment d'opérer peut être ajourné et remis après plusieurs thoracentèses. La troisième enfin, ceux dans lesquels l'avis est à peu près unanime aujourd'hui pour en reconnaître l'opportunité.

On ne devra pas songer à intervenir dans les cas de pyohémie, lorsque l'on voit survenir, au cours de cette affection, un épanchement purulent double ou simple. Il en sera de même dans certaines épidémies de fièvre puerpérale, de même encore dans certains états infectieux, comme la morve. Dans tous ces cas l'épanchement ne survient que comme un épiphénomène, au même titre que les épanchements des séreuses articulaires, les abcès métastatiques. Les malades sont voués à une mort certaine et ils ne pourraient tirer qu'un bénéfice douteux et, dans tous les cas, passager d'une pleurotomie.

Pour nous résumer, nous dirons que le praticien doit surtout se préoccuper de la gravité de la lésion qui accompagne ou engendre l'épanchement purulent, et que c'est dans la plus ou moins grande gravité de cette affection qu'il puisera les raisons qui doivent le faire s'abstenir ou, au contraire, intervenir activement.

En tête des affections que nous comprendrons dans la deuxième série, nous placerons la tuberculose pulmonaire chronique, qui a été longtemps regardée par les auteurs les plus compétents comme une contre-indication formelle à l'Empyème. On semble aujourd'hui revenir un peu sur cet arrêt, et l'on paraît plus disposé à faire bénéficier certains phthisiques d'une opération qui, si elle ne les guérit pas, leur permet, au moins dans quelques cas, de fournir une carrière assez longue, pour justifier et légitimer une aussi grave intervention.

Mais dans quels cas et dans quelles limites peut-on songer à intervenir ?

On devra tenir compte de l'état local et de l'état général du malade. On est à peu près d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'une intervention est inutile dans les lésions avancées des poumons (phthisie à la troisième période) ou lorsqu'elles sont très étendues (infiltration de tout un poumon). On devra, au contraire, y être encouragé si avec une lésion peu étendue d'un poumon, l'autre étant sain, l'état général est satisfaisant ; si surtout on ne constate pas de signes de tuberculose gastro-intestinale et si la nutrition se fait bien. Nous voudrions mettre plus de précision dans notre dire, mais nous sommes obligé de laisser beaucoup à l'appréciation personnelle, dans une opération où les résultats heureux, déjà si faibles, sont ici la très rare exception. Nous croyons cependant devoir encourager les praticiens à entrer dans cette voie, l'opération de l'Empyème, chez les tuberculeux, n'ayant été jusqu'ici faite que très rarement.

Doit-on intervenir dans les cas où il s'est produit une vomique pulmonaire ? La vomique, on le sait, est un des modes de terminaison de la pleurésie purulente assez satisfaisant. Bon nombre de pleurésies guérissent de cette façon ; lorsque l'ouverture se fait assez largement, lorsque le malade grâce à des dispositions heureuses de la fistule, peut vider facilement sa plèvre ; aussi, dans tous les cas, il convient d'attendre. On ne devra songer à opérer que si les signes persistent, et s'il se produit des phénomènes dus à la rétention du pus : fièvre hectique, frissons, diarrhée, sueurs, et si le malade décline. Dans de semblables conditions, il devient évident que la fistule pleuro-bronchique est insuffisante et il convient de pratiquer l'Empyème.

Nous devons ici signaler un petit moyen que l'on devra mettre en usage et qui est destiné à favoriser l'écoulement pleural.

Dans quelques cas, l'ouverture de la fistule pleuro-bronchique est trop élevée ; toute la partie du liquide située au-dessous de ce point stagne dans la partie déclive ; c'est ce qui a suggéré à M. Raynaud l'idée de placer les malades dans une position telle que l'écoulement puisse se faire. Un de ses élèves, M. Rouveix, cite deux cas de pleurésie purulente dans lesquels on ne parvenait à vider la plèvre, qu'en faisant coucher les malades à plat ventre sur le lit, la tête et le tronc pendants.

On devra encore ajourner également l'opération dans les pleurésies circonscrites, contenant 500 gr. de pus et au-dessous. Dans ces cas on parvient souvent à les guérir par les ponctions répétées et il n'y aurait lieu d'agir, que si le pus devenait fétide, l'état général mauvais.

C'est à peu près la même règle que l'on doit s'imposer dans les pleurésies à plusieurs poches distinctes. Rejetée par quelques auteurs, entr'autres par M. Moutard-Martin, qui a perdu tous les malades traités par l'empyème, pour de semblables pleurésies, cette opération ne nous semble pas, malgré ces insuccès, devoir être complètement rejetée. On doit essayer les ponctions répétées, jusqu'au jour où les forces du malade déclineront d'une manière sensible, et alors inciser largement. Dans de senblables conditions, peut-être trouvera-t-on les indications spéciales pour pratiquer l'empyème en un point autre que le point d'élection, qui permettra d'ouvrir plusieurs loges d'un même coup de bistouri et facilitera l'écoulement du liquide.

L'asphyxie imminente n'est pas une indication à l'empyème. La thoracentèse, doit suffire pour

parer aux accidents d'asphyxie, nous ajouterons même que, dans le cas de pleurésie gauche, avec déplacement considérable du cœur, il vaut mieux se servir du *Reybard* que des appareils à aspiration : l'écoulement, avec le trocart de Reybard, est moins rapide, les accidents syncopaux sont moins à craindre; dans ces conditions, il nous semble indiqué de ne pas vider complètement la plèvre en une seule fois.

Nous venons de passer en revue la plupart des cas complexes où le médecin peut se trouver embarrassé pour prendre un parti. Nous allons maintenant supposer le cas d'un malade atteint de pleurésie purulente sans complications : voyons quand et comment il convient d'intervenir.

Voici donc un malade atteint de pleurésie séreuse : à la suite de ponctions répétées, le liquide devient louche ; de plus l'état général est mauvais : le malade a des sueurs nocturnes ; l'appétit se perd ; la diarrhée apparaît; des frissons répétés, un facies pâle, terreux, viennent achever le tableau : le malade présente l'ensemble des phénomènes que M. Peyrot a désigné d'un mot caractéristique, sous le nom de septicémie pleurale. Le liquide épanché, manifestement purulent, prend une odeur qui, dans quelques cas, rappelle l'odeur de la viande pourrie; il tache les instruments d'argent : dans de semblables conditions il y a intérêt à agir, et à agir dans le plus bref délai.

Cette indication à opérer se pose aussi nettement dans les cas où, au cours d'une pleurésie purulente, il s'est produit un pneumothorax sans fistule pulmonaire, fait qui dénote la putridité de l'épanchement; lorsque des abcès se produisent autour d'une ponction, où autour d'une canule à demeure ; enfin lorsque le pus renferme des éléments solides qui ne peuvent trouver une issue par les tubes des appareils.

Mais c'est surtout aux phénomènes de putridité, et d'infection septique qu'il faut parer au plus vite, et c'est ce qui commande une intervention aussi rapide dans les plaies pénétrantes de poitrine, où ces phénomènes se développent avec une si alarmante rapidité.

Quelle conduite convient-il de tenir dans les cas de pleurésie purulente simple?

Il convient, avant de recourir à l'empyème, de pratiquer plusieurs ponctions avec le trocart à aspiration de M. Dieulafoy. Dans quelques cas on a pu obtenir la guérison de l'épanchement, comme nous l'avons vu pour les épanchements de petit volume. Il est toujours prudent de pratiquer une ponction dans l'espace intercostal où l'on va faire l'empyème. On pourrait se servir du siphon de M. Potain qui permet de pratiquer le lavage de la plèvre.

Pour certains auteurs, on devrait pratiquer les ponctions dans les grands épanchements pleuraux de 1800 à 4000 grammes de liquide, de façon à obtenir une réduction du kyste pleural. Un malade qui porte dans sa cavité thoracique, une surface suppurante d'une aussi grande étendue, que l'on met en communication avec l'air extérieur, serait exposé à mourir de consomption. Nous pensons que, dans cette circonstance, il faut mettre en balance l'état du sujet et la gravité des phénomènes qu'il présente. Si les phénomènes de septicémie pleurale sont apparus, si le malade s'affaiblit graduellement, nous croyons qu'il n'y a aucun intérêt à attendre la réduction du kyste et qu'il est plus urgent de remédier aux accidents de septicémie. Nous pensons également, qu'il ne faut pas, dans tous les cas, chercher à obtenir cette réduction lorsqu'elle se fait attendre. La fausse membrane qui double la séreuse va s'épaissir, former une coque de tissu scléreux, le poumon deviendra le siège d'un travail semblable, toutes lésions qui le rendront complètement incapable de pouvoir se dilater ; et l'on n'obtiendra la guérison complète de la pleurésie qu'au prix d'une suppuration très longue et de déformations thoraciques, auxquelles on aurait pu parer en agissant plus tôt. Nous serions d'avis d'opérer après deux ou trois thoracentèses, si la maladie reste stationnaire. C'est ainsi qu'il faudrait agir dans les pleurésies moyennes de 800 à 1800 gram. Dans les petits épanchements, et chez les enfants, les ponctions doivent suffire dans la plupart des cas.

(A suivre). A. Layca.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Médecins et sociétés de secours mutuels

DEUXIÈME LETTRE (1).

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur le passé et sur l'origine des sociétés de secours mutuels, et que, nous reportant à une vingtaine d'années en arrière, nous consultions les annales des sociétés locales et de l'association générale des médecins de France, nous trouvons de nombreux travaux sur la question : je citerai notamment les rapports : 1° de notre ami le docteur Armand Rey, de Grenoble, président de l'association de l'Isère; 2° de M. Ballai, secrétaire de l'Association de l'Orne ; 3° de M. Daverne, membre du conseil judiciaire de l'association (années 1862 et 1863) et une foule d'autres. Je mentionnerai, aussi à cette même époque (1865) une étude critique très bien écrite de M. le docteur Astier, insérée dans le journal de médecine de Lyon.

La pensée dominante de tous ces écrits, est la crainte de voir les sociétés de secours mutuels absorber de plus en plus la clientèle habituelle des médecins et le droit, je dirai même le devoir, pour tous les praticiens, de discuter avec ces sociétés les conditions d'exercice. Cette unanimité dans les conclusions prouve, qu'à cette époque déjà, le monde médical commençait à s'émouvoir de la formation des sociétés et de leurs tendances envahissantes.

Pendant une dizaine d'années, il semble y voir en un moment d'accalmie dans les plaintes et les revendications des médecins (cela tient sans doute à des préoccupations d'un autre ordre); mais depuis trois à quatre ans, on peut constater qu'il se pro-

(1) Voir *Concours médical* n° 15.

duit un réveil dans le même sens. On en trouve la preuve dans le compte-rendu des assemblées générales des sociétés locales. Je citerai en particulier le compte-rendu de l'association des médecins du Calvados (année 1877) ; le rapport du docteur Bidard de Pontoise, (Seine-et-Oise), et enfin le travail du docteur Surnoy de l'association médicale de Saint-Quentin (1880). Sans vouloir faire l'analyse critique de tous ces documents, je m'inspirerai de la lecture de chacun d'eux pour en tirer un enseignement et des conclusions pratiques.

C'est dans l'Isère, c'est à la source même des sociétés de secours mutuels, dans le rapport de M. le docteur Rey, de Grenoble, que je trouve les renseignements et les conclusions les plus pratiques. L'origine de cette institution remonte à 1803 dans ce département ; aussi les réglements médicaux ont-ils subi depuis cette époque toutes les transformations et toutes les évolutions possibles. Actuellement la ville de Grenoble possède à elle seule 42 sociétés, comprenant quinze mille personnes, hommes, femmes ou enfants, faisant partie des sociétés de secours mutuels, c'est-à-dire le tiers de la population. Quant au rapport de M. le docteur Rey (1862) il contient des considérations générales toujours vraies, très bien pensées et très bien écrites, sur la profession médicale et sur les sociétés de secours mutuels qu'il définit déjà : *sociétés d'assurances contre la maladie.* C'est dire assez haut qu'il ne s'agit point pour les médecins dans leurs rapports avec ces sociétés de s'inspirer purement et simplement de sentiments de bienfaisance, mais bien de faire avec elle un contrat établissant les droits et les devoirs réciproques de chacune des parties contractantes.

Je serais disposé à admettre les conclusions de M. le docteur Rey, sauf cependant sa division des sociétés en catégories : cette division me semble très difficile dans bien des cas, et le rabais de 50 0/0 fait aux sociétés d'ouvriers me semble exagéré. Pourquoi ce rabais énorme sur les prix ordinaires, puisqu'il s'agit là, dites-vous, d'une *compagnie d'assurances* voulant s'assurer les conditions les plus douces de la part des médecins qu'elle emploie et cherchant naturellement à augmenter ses capitaux de réserve ? Pourquoi faire une si grande largesse à l'ouvrier faisant partie d'une société, et la refuser à celui qui n'aura pas cru ou n'aura pas pu y entrer.

En résumé, la question pour moi, est celle-ci, et c'est de cette manière que je pense la présenter : Accorder aux sociétés de secours mutuels *le prix minimum* en usage dans la localité. Comment, diront les sociétés, vous nous refusez toutes concession, cependant nous vous assurons du travail et nous vous garantissons le salaire. L'objection est juste et je suis tout disposé à y répondre : oui, les médecins *en général* sont si peu habitués à être payés régulièrement, et en *général*, on comprend si peu *l'obligation* contractée par le malade vis-à-vis du médecin, que les sociétés comme les établissements industriels méritent évidemment d'être traitées *avec déférence.* Aussi je dirai aux sociétés : vous nous garantissez le recouvrement de nos honoraires, il est trop juste que nous vous accordions une prime pour cette garantie. La reconnaissance pourra être représentée par le *titre et les obligations* de membres honoraires que vous nous conférez ou que vous nous imposez ; la prime pourra être de *dix à quinze* pour cent sur le chiffre de nos honoraires. De cette manière tout le monde sera satisfait et un bon exemple sera donné aux clients *durs à la détente*, qui comprendront qu'il y a intérêt à payer son médecin dans l'année et à lui assurer des honoraires qu'on lui fait attendre beaucoup trop longtemps et en le mettant souvent pour cette raison dans *l'anxiété.*

Puisque nous sommes dans l'Isère, restons-y encore un moment et examinons l'état actuel des sociétés de Secours mutuels. Nous voyons qu'en consultant surtout les renseignements émanant de Grenoble, des réformes importantes ont été obtenues pour le service médical des sociétés. Aujourd'hui pleine et entière liberté est laissée aux sociétaires de prendre le médecin de leur choix parmi ceux qui adhérent aux réglements des sociétés : (et c'est le plus grand nombre) presque tous les malades sont traités à la visite et le prix *de deux francs* est adopté sans contestation. Quant aux campagnes environnantes et aux localités plus ou moins éloignées, il arrive souvent que les sociétés attribuent aux médecins demandés des prix assez rémunérateurs selon les distances et pouvant aller jusqu'à *vingt francs* pour une visite.

Malgré le prix relativement élevé de ces visites médicales, les sociétés ne périclitent pas, mais, au contraire, sont en voie de prospérité : ce qui prouve bien que, dans ces associations, ce n'est pas le service médical qui occasionne le plus de frais et empêche le développement de ces *institutions.*

Si, sans sortir du même département, nous jetons un regard sur des villes moins importantes, nous voyons un abaissement sérieux du tarif à la visite, et tandis que la petite ville florissante de Voiron arrive avec peine à 1 fr. 50 par visite, d'autres, moins bien partagées, peuvent à peine obtenir 1 franc avec des restrictions sérieuses qui entravent la complète indépendance professionnelle du médecin, et sont un obstacle à l'assiduité et à la distribution bien ordonnée de soins médicaux.

A quoi tiennent ces différences d'appréciations et de salaires dans des sociétés qui devraient présenter partout, sinon l'uniformité, du moins des chiffres à peu près égaux. Dira-t-on que les médecins de villes importantes ont droit à une rémunération proportionnelle au chiffre de la population? C'est là une idée erronée et une *habitude malheureuse*, contre laquelle tous les médecins des petites localités ne sauraient trop protester. La résidence dans une grande ville donne-t-elle aux médecins qui l'habitent des privilèges et des droits qui seront refusés à ceux qui se sont fixés dans une localité moins importante ? Le médecin de petite ville est-il, par le fait même de sa résidence, dans des conditions d'infériorité scientifique vis-à-vis de ses collègues d'une ville de chef-lieu d'arrondissement ou de département ? L'exercice de la profession médicale est-il réellement beaucoup plus onéreux pour le médecin dans les villes de dix à cinquante mille âmes que dans celles qui ne comptent que quatre à cinq mille habitants ?

Ce sont là des questions que je pose et que chacun résoudra à son point de vue. Pour mon

compte, j'avoue qu'à notre époque de décentralisation, avec la rapidité et la facilité des moyens de locomotion et de transports, les conditions de l'existence tendent à s'uniformiser partout. Quant au choix d'un poste pour le jeune ou le vieux médecin, il ne dépend nullement de ses capacités scientifiques, mais il est subordonné à une foule de circonstances qui ne peuvent lui donner ni lui enlever aucun mérite.

Ce sont là, il est vrai, des vérités banales qui peuvent être appréciées par les médecins impartiaux, mais qui ne le seront jamais par le bon public. La seule raison, ou plutôt le seul motif de cette dépréciation des soins médicaux dans les petites localités, c'est le défaut d'entente entre quelques confrères qui se feront une concurrence d'autant plus ruineuse et d'autant plus *au rabais* qu'ils seront moins nombreux. C'est une vérité reconnue presque partout, que la concurrence entre médecins est d'autant moins redoutable qu'ils sont plus nombreux dans la même ville.

L'excès du mal finit par produire le bien et l'entente se fait d'autant mieux que les besoins sont plus multipliés.

Cette digression m'amène à passer en revue, par comparaison, l'exercice de la profession médicale dans différentes régions, au point de vue des Sociétés de secours mutuels, spécialement sous le rapport du nombre. Le département de la Gironde se trouve être le premier, autrement dit le pays qui compte le plus de sociétés, (255 en 1880). Viennent ensuite : le Rhône : 249 ; les Bouches-du-Rhône : 246 ; la Seine : 226 et le Nord : 223. Puis nous mentionnerons Saône-et-Loire : 140 ; l'Isère : 120 ; le Var : 106 ; la Loire : 50, etc... Enfin, nous n'en trouvons plus que 10 dans le Cher, 13 dans l'Allier, 5 dans la Haute-Loire et 4 dans le Cantal. D'une manière générale nous remarquons que l'abonnement est beaucoup plus dans les habitudes du midi que du centre et du Nord. En comparant les sociétés de Secours mutuels dans trois grands cercles industriels, à Marseille, à Lyon et à Lille, nous voyons que chaque malade dans les sociétés de secours mutuels rapporte en moyenne aux médecins : à Marseille 28 francs, à Lyon 10 francs et à Lille 4 francs seulement. Si nous comptons par journée de maladie nous voyons qu'à Marseille chaque journée représente 1,26 pour le médecin, à Lyon 0, 55 c. et à Lille 0, 18 c. seulement. D'où proviennent ces différences énormes ? Cela vient certainement du prix de la visite ou de l'abonnement, mais aussi probablement du mode d'organisation du service médical et de la multiplicité plus ou moins grande des visites dans les mêmes maladies.

Si nous faisons la comparaison des prix habituels du service médical dans ces grandes villes ou dans les petites villes et les villages environnants, nous constatons des écarts énormes et des différences de plus de moitié. La cause principale, à mon avis, de ces inégalités choquantes dans des pays également riches, tient surtout à cette circonstance que, dans certaines sociétés, l'abonnement ou les visites médicales ne concernent que *le sociétaire seulement*, tandis que dans d'autres les soins médicaux s'adressent également à la femme et aux enfants. Ainsi, tandis que nous voyons les sociétés du faubourg Saint-Denis accorder trois francs par sociétaire au médecin, celles de Pontoise donnent cinq francs (ainsi que beaucoup d'autres) par membre participant, nous trouvons des sociétés qui n'accordent que le même prix pour toute la famille, quelques-unes même n'offrent plus que deux francs par famille.

Si, en regard du tarif par abonnement, nous passons en revue le prix par visites, nous voyons que ce prix varie dans les mêmes lieux entre *trois francs*, chiffre maximum, et *vingt-cinq centimes*, chiffre minimum. Je signalerai instamment le département du Nord, la Meuse, Meurthe-et-Moselle, le Gard, etc... où les prix habituels des sociétés sont de cinquante centimes par visite.

On est à se demander, en constatant de semblables écarts, si réellement tous ces médecins appartiennent à la même corporation ou bien si l'on ne change pas de nationalité ? Et cependant ces différences peuvent se rencontrer et sont constatées dans des pays tout à fait voisins et dans les mêmes conditions d'aisance et de fortune.

Elles se remarquent surtout entre les grandes villes et les pays limitrophes et voisins où l'entente professionnelle n'existe pas, faute de se voir, de se réunir et de se comprendre. D'après les renseignements fournis par l'enquête, nous citerons, à l'appui de cette appréciation, les villes de Bordeaux, Marseille, Nîmes, Lyon, Saint-Etienne, Clermont, Nevers et Paris, ainsi que les villes environnantes, etc... Dans ces villes, et dans beaucoup d'autres, l'esprit d'association semble produire d'heureux résultats, sans que cette influence bienfaisante se répande sur les petites localités du même département ou du voisinage.

Paris seul fait exception et étend sa sphère d'action sur un espace beaucoup plus grand. C'est toujours le soleil avec ses bienfaisants rayons de lumière et de chaleur.

L'enquête professionnelle nous révèle encore certains renseignements utiles à signaler. Les départements, où les *sociétés de secours mutuels* n'ont pas pénétré, ont conservé les vieilles traditions médicales et donnent des prix bien plus rémunérateurs aux médecins. Au contraire, les départements de la Haute-Garonne, du Gard, des Bouches-du-Rhône, de la Meuse, du Nord, des Ardennes, de Meurthe-et-Moselle, etc..., qui sont peuplés de sociétés de secours mutuels, présentent une dépréciation énorme des honoraires médicaux. On ne peut cependant pas dire que ce sont des pays pauvres, car le département du Nord est le plus peuplé et le plus riche de France. Encore une fois, en présence de l'avilissement des honoraires médicaux payés par certaines sociétés de Secours mutuels et, par suite, dans la pratique médicale ordinaire, il est indispensable qu'un tarif minimum soit adopté et mis en pratique dans toute la France, pour les Sociétés de secours mutuels, les Compagnies d'assurance, les Etablissements ou Manufactures d'ouvriers, etc.., et, en général, serve de guide aux jeunes médecins dans l'exercice professionnel. C'est une lacune dans l'éducation du médecin qu'il est très-important de combler. Il y va de la dignité et de l'avenir de la profession. Il faut que chacun se dise en entrant dans la carrière : *tu n'iras pas plus bas*,

mais tu pourras aller plus haut selon tes aptitudes et tes forces (sans préjudice des sentiments de charité qui sont un des apanages de la profession).

Docteur Béraud, de Charlieu (Loire).

II

Exercice illégal de la médecine.

IIe lettre (1).

La première question que nous devons nous poser est celle-ci : Qu'est-ce que l'exercice illégal de la médecine ?

La réponse qui vient immédiatement à l'esprit, c'est que la médecine est exercée *illégalement* par toute personne qui ne rentre pas dans les conditions énoncées par la loi du 19 ventôse, an XI, puisque c'est encore elle qui nous régit.

Or, quelles sont ces conditions ?

Art. I. — A compter du 1er vendémiaire de l'an XII, nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu, comme il sera prescrit par la présente loi.

Art. II. — Tous ceux qui obtiendront, à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de *docteurs* en médecine ou en chirurgie, lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des six écoles spéciales de médecine, ou celui d'*officiers de santé*, quand ils seront reçus par les jurys dont il sera parlé aux articles suivants.

Art. IV. — Le Gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie, sur le territoire de la République.

Les articles 25, 26 et 34 règlent la façon dont les autorités administratives tiendront la liste des personnes ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et l'art des accouchements.

Enfin les dispositions spéciales sont énoncées aux articles 35 et 36.

Art. 35. — Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements sans être sur les listes dont il est parlé aux articles 25, 26 et 34, et sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettre de réception, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Art. 36. — Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du Gouvernement près de ces tribunaux. L'amende pourra être portée jusqu'à 1,000 francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteur, à 500 francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient les malades en cette qualité ; — à 100 francs pour les femmes qui pratiquerait illicitement l'art des accouchements. — L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois.

Voilà qui est bien, et l'exercice illégal se trouverait nettement défini aux termes de cette loi, si nous étions encore à l'époque de sa promulgation. Cette loi apportait toute une réforme dans les usages antérieurs ; elle ne s'adressait qu'à ces anciens usages ; et ceux qui exerçaient la médecine illégale en ce temps-là, n'étaient pas ceux qui l'exercent de nos jours.

(1) Voir *Conc. Méd.*, no 20.

Il s'agit, on le sait, beaucoup moins aujourd'hui d'exercer ouvertement en usurpant le titre de docteur ou d'officier de santé, que d'aider, au moyen de consultations secrètes, de soins prétendus gratuits et d'autres procédés frauduleux, la vente, et la *vente forcée*, de drogues qui font de l'exercice illégal, une entreprise toute commerciale.

Je veux bien que quelques charlatans parcourent le pays en attirant la foule par des titres aussi pompeux que leurs noms et leurs costumes de théâtre ; je veux bien que des rebouteurs, trop nombreux, sans doute, attirent chez eux des badauds ou donnent à domicile des soins souvent suivis de graves conséquences. Ils enlèvent des clients aux médecins ; mais ils ne sont pas la principale cause des maux dont nous nous plaignons. Cette cause, nous la trouvons surtout dans l'exercice de la médecine par les pharmaciens, par tous ceux qui tiennent officine à tort ou à raison, et qui ont souvent abandonné, sauf d'honorables exceptions, le côté scientifique de leur profession, pour s'abaisser au rôle de simples marchands, cherchant, dans des pratiques d'apparence médicale, le moyen d'attirer et d'exploiter l'acheteur.

C'est, d'ailleurs, une liberté qu'ils réclament hautement, et nous ne voyons certes pas pourquoi on la leur refuserait, à condition toutefois de nous l'accorder à nous aussi, de telle sorte qu'ils vendraient à leur guise, mais que nous aurions, à notre tour, la satisfaction de traiter nos malades en toute sûreté, et sans plus rien craindre des substitutions officinales trop fréquentes ou de l'infidélité des produits venus de çà ou de là.

Mais n'anticipons pas. Ce sont des questions que nous traiterons plus tard. Revenons à l'exercice illégal en général.

On pourrait, croyons-nous, en donner la définition suivante :

Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme et ne remplissant pas les conditions exigées par la loi, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou l'application des appareils.

Toujours est-il que les définitions n'ont pas grande importance pratique. Dès qu'on prononce le mot d'exercice illégal, tout le monde le comprend, qu'il s'agisse de pharmaciens, de religieuses, de rebouteurs ou de sorciers.

Nous verrons ce qu'on a fait pour les combattre, et ce qui en est résulté.

(*A suivre*) Dr Georges Huette, de Montargis.

III

LE PRIVILÈGE DES HONORAIRES DES MÉDECINS.

M. le docteur Gruson, de Beaumont-sur-Oise, a bien voulu nous adresser la question suivante :

« Le médecin d'un commerçant lui donne ses « soins pour la dernière maladie avant que ce « commerçant soit déclaré en faillite. Ce médecin « réclame alors le privilège relativement à cette « dernière maladie. Y a-t-il droit? Le syndic re-

« fuse le privilége, parce que, dit-il, le commer-
« çant n'est pas mort. Le médecin répond que la
« loi ne dit pas la dernière avant le décès, mais
« bien la dernière maladie avant toute interven-
« tion judiciaire ou autre.

« Je vous serais fort obligé si vous aviez la
« bonté de me donner votre avis... »

Les appréciations les plus contradictoires sont intervenues dans cette question de la dernière maladie et du privilège dû au médecin.

La dernière maladie n'est pas seulement celle qui a précédé ou amené le décès, mais celle qui a été la plus rapprochée de l'événement donnant lieu au partage des biens du débiteur et à la répartition entre les créanciers. Qu'il s'agisse du décès, de faillite ou de déconfiture, la décision doit être basée sur les mêmes motifs. Autrement, voyez quelle étrange anomalie est créée : si le malade guérit, le médecin n'est pas privilégié; si le malade succombe, le médecin est privilégié!

La jurisprudence, je dois le reconnaître, n'accorde cependant de privilége que pour les frais de la maladie dont le débiteur est mort.

En thèse générale, dès que la guérison est obtenue, que le médecin réclame et exige les honoraires qui lui sont dus. S'il néglige d'en opérer le recouvrement et s'il laisse son débiteur tomber en faillite, il porte la peine de son excès de confiance et est considéré comme créancier ordinaire.

Si la maladie dure encore au moment de la faillite, mon avis est que le médecin doit être un créancier privilégié. En effet, il ne peut pas demander le paiement de soins qui ne sont pas terminés.

Vous trouverez sans doute cette opinion sage et juste; eh bien! d'après l'illustre professeur Valette « la collocation privilégiée ne doit être reconnue dans ce cas que d'une manière conditionnelle et pour l'hypothèse où le débiteur succomberait. »

En résumé, notre honorable confrère de Seine-et-Oise a mille fois raison au point de vue doctrinal, mais la jurisprudence n'est pas de son côté, et il perdra. Legrand du Saulle.

Médecin de la Salpêtrière.

(*Le Courrier médical*).

COURRIER

Pustule maligne et érysipèle de la face traités par l'acide phénique en injections sous-cutanées. Guérison très-rapide.

I.

G... 45 ans, maréchal, ressent dans la matinée du 3 mars 1881 une douleur à l'index droit où il remarque un petit point noir qu'il attribue à une écorchure, comme cela lui arrive souvent. Mais la douleur augmente si vite et si fort, que cet homme, robuste et cependant peu sensible à la souffrance, ne peut achever de ferrer un bœuf; pris d'étourdissements, de nausées, de fièvre, il est forcé d'aller se coucher.

J'arrive le jour même vers 5 heures du soir, et je vois sur la face dorsale de la première phalange de l'index droit un cercle noir de 3 à 4 millimètres de diamètre, insensible à la piqûre d'une aiguille, et entouré d'une aréole violacée indurée avec traînée rouge s'étendant presque jusqu'au coude, pouls à 116, petit; envies de vomir. Le malade ne sait à quoi attribuer son mal.

Vu la rapidité et la gravité des symptômes, je diagnostique une pustule maligne.

Traitement. — Incision cruciale dans laquelle j'éteins une aiguille à tricoter rougie à blanc. Autour du mal, je fais quatre injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique à 1/50, de 16 gouttes chacune, et une cinquième injection sur la face dorsale de la main — application sur le doigt et la main de compresses imbibées d'une solution d'acide phénique à 1/100 — à l'intérieur, boire dans les 24 heures une potion contenant 2 gr. 50 de salicylate de soude.

Le malade ressent un mieux immédiat; la nuit il dort assez bien; le lendemain la fièvre a disparu ainsi que la traînée rouge allant du doigt au bras; il ne reste plus que de l'œdème et une petite plaie qui se comporte comme une brûlure ordinaire.

II.

Le 9 mars 1881 au soir, je vois un ouvrier du chemin de fer, Jean B... qu'on croyait atteint du charbon. C'est un robuste terrasier de 47 ans qui a encore travaillé la veille malgré fièvre, mal de tête et gonflement de la face, mais qui n'a heureusement qu'un érysipèle simple de la face occupant le côté gauche, et débordant sur le côté droit; pas la moindre écorchure visible expliquant l'origine de cet érysipèle. Le malade ne peut ouvrir l'œil gauche; pouls à 120; pas de délire, mais cauchemar continuel; état saburral.

Traitement. — Je fais cinq injections sous-cutanées d'acide phénique à 1/50, de 16 gouttes chacune, en pleine induration sur la joue gauche, et 2 autres injections sur le côté du nez. — Compresses imbibées d'une solution phéniquée à 1/100 sur la face — à l'intérieur purgation de sulfate de magnésie, puis potion avec 3 grammes de salicylate de soude à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain je reçois de bonnes nouvelles de mon malade que je revois le surlendemain 11. Gonflement de la face bien diminué; l'œil gauche est ouvert à demi; pouls à 96. Langue toujours blanche; la première purgation ayant été vomie, j'en prescris une nouvelle ainsi qu'une autre potion avec 2 grammes salicylate de soude

Le 15 mars le malade, complétement guéri, reprenait son travail.

Dr E. Guenot, à Laroche-en-Breuil (Côte-d'Or).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Taches pigmentaires, chez un enfant, consécutives à la variole chez la mère. — M. *Joffroy* présente à la *Société médicale des hôpitaux* un petit enfant de dix-

sept mois qui offre un cas des plus remarquables de pigmentation anormale de la peau, étendue par taches sur les membres supérieurs et inférieurs, sur le tronc en avant et en arrière, en un mot, sur toute la surface du corps.

Cet enfant est le cinquième né du même père et de la même mère : aucun d'eux n'a présenté semblable phénomène. La mère n'a fait aucune fausse couche. L'enfant est né à terme.

Il y a dix-neuf mois, sa mère, alors qu'elle était arrivée au septième mois de sa grossesse, eut une variole grave dont sa figure porte, comme on le voit, les traces les plus évidentes. A dater de ce moment elle ne sentit plus son enfant remuer, si ce n'est tout à fait dans les derniers jours, et elle croyait son enfant mort. Cependant elle n'avorta pas, et, parvenue très-régulièrement au terme de sa grossesse, elle accoucha d'un enfant vivant, mais chétif. Cet enfant, qui aujourd'hui a parfaitement repris forces et vie, portait sur le tronc une quantité de taches noires ; les unes assez petites, très-nombreuses ; d'autres offrant un diamètre de 1 à 5 centimètres ; enfin, à la région postérieure du tronc, une large plaque, s'étendant des lombes à la partie supérieure de la région dorsale, tandis qu'en avant elle recouvrait surtout la partie inférieure du ventre, les aines et les cuisses, l'une d'elles principalement, formant ainsi une sorte de caleçon pigmentaire. La surface de ces taches est lisse ou verruqueuse, selon les points que l'on examine ; quelques-unes offrent encore des poils roussâtres plus ou moins abondants. Ces taches sont des *nævi materni* ; l'enfant ne présente aucune ressemblance avec un enfant nègre, mais il offre un type nettement marqué de race latine avec une conformation régulière du crâne.

Aurait-il eu la variole dans le sein de sa mère, et sa teinte serait-elle analogue à celle qui persiste pendant un certain temps après l'éruption ? Cela est d'autant moins probable, que, depuis sa naissance, l'enfant a été vacciné avec succès, donnant 4 belles pustules sur chaque bras.

Il faut donc incriminer seulement de ces taches noires la variole de la mère de l'enfant.

M. *Besnier* à qui cette observation paraît très-intéressante, fait remarquer que ce sont de véritables taches pigmentaires, sans aucune saillie dans le plus grand nombre d'entre elles. De plus, à côté de taches très-brunes, il en est d'autres moins foncées ; et, si cette différence de teinte tient à une décoloration *post natum*, on peut, dit-il, pronostiquer qu'elles disparaîtront toutes avec le temps ; tandis que si l'on avait affaire à un nœvus hypertrophique, il ne guérirait pas seul.

M. *Joffroy* reconnaît que la plupart de ces taches étaient, en effet, beaucoup plus foncées à la naissance, et que depuis lors elles tendent à pâlir. Il ajoute que la question de la syphilis chez la mère, dont il n'avait pas parlé, doit être complètement écartée.

M. *Besnier* rappelle que chez les sujets scrofuleux ou tuberculeux cachectiques, les applications médicamenteuses donnent quelquefois lieu à des plaques qui persistent pendant un assez long temps ; tels sont les vésicatoires, la teinture d'iode, etc.

M. *Hayem* cite, à titre de renseignement bibliographique, une observation qu'il a eu l'occasion de lire, il y a quelque temps, dans un journal de médecine américain. Il s'agissait d'un enfant qui était né avec un certain nombre de taches pigmentaires à la surface du corps, qui correspondaient, comme siége, aux cicatrices de brûlures étendues dont la mère avait été atteinte pendant sa grossesse.

*
* *

Introduction d'une fourchette dans l'estomac, gastrotomie.

Un homme de quarante ans, cocher, d'une bonne constitution, avait depuis deux mois, dans l'estomac, une fourchette qu'il avait avalée accidentellement, en faisant des tours de prestidigitation.

Il n'éprouvait d'autres phénomènes que des nausées et des vomissements peu violents toutes les fois qu'il prenait des aliments solides. Les mouvements et la pression exercée sur le creux épigastrique ne produisaient ni gêne ni douleur, et cet homme se nourrissait exclusivement d'aliments liquides, lorsque, deux mois, jour pour jour, après l'accident, en sautant un mur, malgré l'interdiction, qui lui avait été faite, de tout mouvement violent, il ressentit tout à coup une très vive douleur. La fourchette avait changé de position et appuyait une de ses extrémités contre la paroi abdominale.

Cinq jours plus tard cet homme fut opéré, à l'hopital anglais de Montevideo, par le docteur L.-A. Fleury avec l'aide du docteur Jules Jurhowski. Incision verticale de 10 centimètres de longueur intéressant la peau et le tissu cellulaire, au niveau du point où l'on sentait l'extrémité de la fourchette. Apparition de deux dents. Incision de l'aponévrose et des muscles, mise à découvert des deux autres dents qu'on isole en incisant transversalement les fibres musculaires qui les brident. Aucune adhérence du péritoine à l'estomac.

La fourchette occupait dans l'estomac une direction oblique de droite à gauche ; le manche était en haut dans la direction du pylore, l'extrémité transperçait à gauche la paroi antérieure de l'organe.

L'estomac est abandonné dans la cavité abdominale, après que sa plaie a été suturée avec des fils de catgut. Une seconde suture avec le catgut comprend le péritoine pariétal et la couche musculaire. Enfin la plaie cutanée est fermée par des points de suture très espacés, et l'on applique un carré de protective que l'on fait tenir avec du collodion phéniqué, puis on fait le pansement de Lister.

Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, le malade allait parfaitement bien, sans accélération du pouls ni élévation de la température. Le soir on lui administrait 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, et, dans le jour, on le nourrissait par des lavements, répétés toutes les trois heures, contenant du bouillon et un œuf battu. Le cinquième jour on lui fit avaler un peu de bouillon toutes les deux heures.

Le lendemain, douleur intense au niveau de la plaie, soulagée par une évacuation de matières

dures, mauvaise odeur au niveau du pansement, petit abcès intermusculaire à l'extrémité interne de la plaie qui donne issue, après incision, à 40 grammes d'un pus fétide. Le foyer est désinfecté. La morphine est continuée.

A partir de ce moment les accidents disparaissent, la cicatrisation marche rapidement, et le malade sortait complètement guéri un mois après l'opération. (*Nouveau Journal médical*).

* * *

Éclampsie et coma prolongé chez une enfant, guérison en huit jours par les douches froides.

Une petite fille de quatre ans, d'une santé robuste, et sans aucun antécédent morbide, fut prise tout à coup, à la promenade, de crises éclamptiques avec vomissements et coma.

Le docteur Kien, aussitôt appelé, fit appliquer de la glace sur la tête et ordonna à l'intérieur 1 gramme de bromure de potassium. Néanmoins les attaques se répétèrent d'heure en heure pendant toute la nuit, et le lendemain l'état de l'enfant ne présentait aucun changement. Les yeux étaient grands ouverts, les pupilles dilatées et insensibles aux excitations périphériques. Pas d'albuminurie. Température 39°,2. Des sangsues sont appliquées derrière l'oreille sans aucun résultat. Un bain tiède de dix minutes de durée est ordonnée d'heure en heure, et, avant d'en retirer l'enfant, une douche froide avec l'eau de la pompe projetée d'une hauteur d'un mètre lui est administrée. Cette fois les grandes attaques disparaissent, les petites diminuent et les convulsions sont presque insignifiantes, bien que le coma persiste, que la température soit à 40° et le pouls à 140. Salicylate de soude à la dose de 1 gramme, des révulsifs énergiques ne triomphent pas du coma, qui persiste encore six jours sans aucune amélioration. L'hydrothérapie, que l'on avait cessé après la disparition des convulsions, est essayée de nouveau avec le plus grand succès. Dès la première douche, l'enfant revient à elle et reconnaît ses parents. Au bout de huit jours de ce traitement, elle était complètement guérie.

M. le docteur Kien, qui a soigné l'enfant, ne croit pas avoir eu affaire chez cette enfant à une éclampsie véritable, mais bien plutôt à une congestion cérébrale avec épanchement séreux, consécutive à une insolation (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

* * *

Folie puerpérale après l'accouchement.

Une fille de 19 ans vint faire ses couches dans le service de M. le Dr Vauverts (de Lille). Tout alla bien jusqu'au moment où cette femme, accouchée et délivrée depuis trois quarts d'heure, fut transportée dans la salle commune; tout à coup elle se leva, mit tout en désordre, frappant et brisant tout ce qui lui tombait sous la main. Cet accès de folie fut tel qu'on fut obligé de lui mettre la camisole de force.

Deux jours après, cette femme ne présentait plus aucun signe de manie. Plus tard elle eut au sein des abcès très douloureux qui ne provoquèrent nullement le retour d'accidents semblables (*Ext. du Journal de la Soc. méd. de Lille.*)

Cette observation est extrêmement intéressante au point de vue médico-légal. En effet, cette femme aurait pu, dans cet accès de folie, tuer son enfant, s'il s'était trouvé à sa portée.

(*Paris Médical*).

* * *

Rétrécissement du bassin; accouchement prématuré.

Il s'agit d'une femme rachitique de la clinique d'accouchement : son bassin ne mesurait que 7 centimètres 1/4 à 7 centimètres 1/2. Cette femme était au sixième mois de sa grossesse lorsqu'elle est entrée dans le service. M. Depaul a attendu qu'elle eut atteint le huitième mois pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Le 5 janvier, il y a procédé au moyen de l'éponge préparée. Il y avait beaucoup de liquide dans l'utérus ; grande mobilité de l'enfant dont le déplacement était facile. C'étaient là des conditions favorables.

Au moment de l'accouchement, la tête n'était pas en bas. A l'aide des manœuvres externes, M. Depaul l'a replacée dans le bassin ; une fois la position effectuée, il l'a maintenue à l'aide d'un tampon et d'un bandage de corps, puis il a appliqué les éponges. Le lendemain matin, il y avait une dilatation notable, avec saillie de la poche. Après s'être assuré s'il n'y avait pas de procidence du cordon, M. Depaul a rompu les membranes, la tête étant fixée. Elle n'a pas tardé à se présenter au détroit inférieur. Il a fallu lui venir en aide par une application de forceps. Une fois la tête extraite, le reste est sorti aisément. L'enfant a respiré et crié, mais il était faible; il poussait des cris plaintifs et avait un aspect souffrant. Il ne portait aucune trace de lésion; mais la tête était restée douze heures dans le détroit.

Le lendemain, il allait déjà mieux. Quant à la mère, elle était surmenée ; mais elle allait mieux aussi. La veille, elle avait eu jusqu'à cent trente pulsations ; elle n'en avait plus que cent. Tout annonçait un rétablissement prochain, qui n'a pas tardé à s'effectuer. (*Gaz. des hôpitaux*).

* * *

Extinction automatique du pétrole,

PAR LE PROFESSEUR SCHLUMBERGER.

« On n'est pas sans savoir, malheureusement, ce que le pétrole a déjà causé de désastreux accidents, et particulièrement à la suite d'imprudences.

« Le droguiste ou l'épicier qui descend, ou plutôt qui fait descendre à la cave son garçon de magasin ou sa servante, sans observer les précautions les plus élémentaires, est souvent la cause de l'explosion du liquide inflammable et des suites graves de l'incendie qui en résulte.

« Six fois sur dix il y a brûlures ou mort d'homme, parce que la violence et la spontanéité des flammes ne permet pas aux secours d'être assez efficaces. La présence d'esprit des personnes, qui se trouvent sur le lieu du sinistre, fût-elle encore plus grande, qu'elle ne suffirait pas pour maîtriser les

ravages que causent les incendies dus aux carbures d'hydrogène. En un mot, il est parfaitement reconnu que les moyens d'extinction sont absolument inefficaces.

« Je viens proposer ici une méthode des plus simples et qui ne peut manquer d'exercer une action automatique, pour ainsi dire immédiate ; et j'émets le vœu, si ma demande est prise en considération, qu'elle fasse l'objet d'une ordonnance de police municipale qui oblige tous les détenteurs d'essence et de pétrole à la suivre.

« Le moyen consisterait à placer sur chaque fût de pétrole, logé dans la cave, une dame-jeanne en verre ou en grès remplie d'ammoniaque liquide. Ce produit, existant déjà dans tous les magasins de droguerie, se trouve donc sous la main de celui auquel il peut être utile : il ne s'agit que de s'en servir.

« Etant donné qu'une de ces bouteilles, logée dans un panier, se trouve sur un des fûts à pétrole, il arrivera nécessairement qu'elle se brisera à la moindre explosion ou au contact des flammes ; elle répandra alors dans l'atmosphère les vapeurs de l'ammoniaque qu'elle contenait, et qui feront l'office d'un extincteur certain et automatique.

« Il m'est arrivé d'avoir eu à me louer de la précaution que j'ai toujours eu soin de prendre, dans certains cas de distillations dangereuses, en répandant, sur le liquide enflammé à la suite d'un accident, la valeur d'une bouteille d'ammoniaque, et c'est pour cela que je pense faire mon devoir en vulgarisant une idée, qui, je l'espère, contribuera, dans une certaine mesure, à la sécurité de mes semblables.

« Le mode d'extinction que je signale ici pourrait être mis à l'étude dans les centres miniers, à l'effet d'éteindre les ravages du grisou ; — des réservoirs remplis d'ammoniaque et placés au bord des fosses pourraient ainsi servir de moyens d'extinction au moment d'une explosion et agiraient plus sûrement que l'eau, qui ne peut atteindre les gaz subtils qui sont la cause de l'incendie, mais dont la combustion ne peut se faire dans une atmosphère ammoniacale. » (*Le Méd. Prat.*)

Dr. J. Geoffroy.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Sur les effets de l'absence de chaux dans l'alimentation.

On sait que les physiologistes ne sont pas d'accord sur les effets d'une nourriture pauvre en calcaire sur l'organisme et en particulier sur la composition et les maladies des os. Le Dr Voit, de Berlin, a fait sur des animaux (pigeons, chiens, etc.), les uns en voie de croissance, les autres adultes, des expériences qui l'ont conduit aux résultats suivants :

Soumis au régime d'une nourriture suffisante, mais pauvre en calcaire, les jeunes animaux ne sont pas arrêtés dans leur croissance, mais l'ossification du squelette ne se fait pas d'une manière normale, et ils présentent tous les symptômes du rachitisme : défaut de solidité et d'épaisseur des os, tuméfaction des épiphyses, disposition irrégulière des zones d'ossification, fêlures dans les côtes et les omoplates, déviation des extrémités et par suite difficulté de la marche, en outre défaut d'appétit, troubles digestifs. La base organique des os continue à se développer, mais c'est aux dépens de tous les organes et des os déjà existants, qui sont obligés de céder la chaux qu'ils contiennent.

Les effets du manque de chaux dans la nourriture se produisent également quand, sous l'influence de troubles digestifs, de diarrhées, etc., la chaux introduite dans l'intestin est insuffisamment résorbée. C'est là une cause ordinaire de rachitisme chez les enfants, et dans ce cas (mais non dans celui où le rachitisme provient du manque de chaux dans l'alimentation) ce sont les matières fécales et non l'urine, qui contiennent plus de chaux que la quantité normale. (*Centralblatt für Chirurgie* et *Réveil médical.*)

VARIÉTÉS

L'Œuvre d'hospitalité de nuit.

Vivement interressé par cette création, empruntée à l'Angleterre et importée en France, grâce à l'initiative de mon ami le Dr. Passant, qui a une main dans toutes les œuvres de bienfaisance de la capitale, je résolus de visiter l'établissement du boulevard de Vaugirard.

Ce boulevard, véritable Sahara en été, fait songer, l'hiver, à la Sibérie. A neuf heures du soir, par un de ces grands froids de l'hiver dernier, nous avons pu juger, par notre propre expérience, combien il devait être cruel de n'avoir pour abri qu'un banc du boulevard. Nous entrons dans le refuge et nous nous préoccupons immédiatement des mesures d'hygiène prises par les organisateurs, dans l'intérêt de leurs pensionnaires. D'abord un lavabo des plus rudimentaires, d'où s'exale une odeur mixte, composée d'acide phénique et d'autres parfums... C'est qu'en effet tout homme qui vient demander l'hospitalité est tenu de se laver les mains et les pieds, avant d'entrer dans les salles de repos. Cette mesure est excellente, nous ne pouvons qu'y applaudir. Un peu plus loin, voici le vestiaire. Bien pauvre ce vestiaire ! Il ne contient guère que des chapeaux à haute forme. Je ne sais rien de plus mélancolique qu'un tas de chapeaux ! Ils sont là tous, serrés les uns contre les autres et semblent échanger de muettes confidences sur leurs grandeurs et leurs décadences.

Ce qui manque le plus à ce vestiaire, ce sont les faux-cols et les chaussures, que les administrateurs du refuge vont acheter au Temple. « Vous ne sauriez croire me disait mon guide, l'influence d'un faux-col sur la destinée de certaines gens ! Pour des employés, pour des comptables en quête d'une place, un faux-col propre est un gage de succès. »

Que d'heureux nous pourrions faire en envoyant boulevard de Vaugirard nos vêtements démodés, nos vieilles chemises, etc. Voici mainte-

nant une salle de désinfection. La misère a trop souvent pour compagne la malpropreté. Celle-ci se prête admirablement au développement de parasites variés, dont il est urgent, dans l'intérêt commun, de débarrasser les propriétaires.

Nous entrons dans la grande salle du refuge. Un nombre considérable d'hommes de tous âges sont là, assis sur les bancs, attendant l'heure du coucher. Un ancien capitaine d'infanterie donne lecture du règlement. Tout le monde est debout. Le règlement est sage et prévoyant.

Aux réfugiés, on recommande la propreté, la décence, l'obéissance. Il suffit de considérer la population de ces asiles pour demeurer convaincu qu'aucune de ces recommandations n'est superflue.

Un des promoteurs de l'œuvre, appartenant, nous a-t-on dit, à une des plus grandes familles du noble faubourg, prend la parole et fait à l'assemblée un petit discours qui, pour n'avoir aucun mérite oratoire, n'en était pas moins fort sensé. Nous sommes catholiques, a-t-il dit en substance, c'est au nom de notre religion que nous vous donnons l'hospitalité. Personne ne vous a demandé à quelle religion vous apparteniez, nous n'exigeons de vous que le respect de nos croyances et non point de participation à nos exercices religieux. — Par politesse, sans doute, plutôt que par conviction, tout le monde s'est levé pendant la prière du soir.

Puis le défilé a commencé. Chaque individu donne son nom, justifie son indentité, s'il le peut. Il en est dont la figure pas plus que les papiers n'inspirent une grande confiance. Le propre de la charité est de s'étendre à tous sans distinction. Cette formalité remplie, chaque homme reçoit une plaque de bois portant un numéro correspondant à un lit. C'est merveille de voir comme tout cela se fait sans bruit, presque sans personnel. La peur du froid, plutôt que l'amour de la discipline, doit assouplir les caractères. Les vastes hangars, transformés en dortoirs se peuplent, petit à petit. Tout ce monde se couche tranquillement. Il faut avoir assisté à de pareils déshabillers pour savoir de quoi peut se composer la garde-robe d'un pauvre diable quand il fait un froid de loup! Avec un peu d'étude on arriverait facilement à diagnostiquer le caractère de l'individu, sa profession, rien qu'à sa manière de se coucher.

Il est neuf heures, on reçoit enore quelques retardataires, et tout le monde va dormir. Les surveillant s'occupent des lits placés sur une estrade, d'où ils peuvent dominer le dortoir. Une dédicace placée sur une des salles m'a vivement frappé : Saint Labre! Je ne suis pas très expert en matière de sainteté, mais je crois me rappeler que ce bienheureux ne brillait pas précisément par la propreté et que, s'il se présentait aujourd'hui au refuge, il traverserait à coup sûr la salle de désinfection. C'est peut-être une calomnie après tout!

J'ai rapporté de cette visite au boulevard de Vaugirard un vif sentiment d'estime pour les fondateurs de cette œuvre charitable.

La croyance à la solidarité humaine est vraiment féconde, et faire le bien doit être un véritable bonheur, puisque nous voyons que tant de personnes qui pourraient certainement se procurer d'autres plaisirs, mettre celui-là au-dessus de tous les autres.

Donnez donc, cher lecteurs ; j'ignore si, comme dans la chanson « Dieu vous le rendra », mais vous aurez au moins la conviction d'avoir fait des heureux, ce qui est un véritable luxe !

J'allais oublier de parler du dortoir des enfants et de l'infirmerie. Car il y a des enfants qui viennent frapper à la porte de ces refuges ; les uns sont des vagabonds, les autres, comme celui que j'ai vu, fuient la maison paternelle pour éviter les mauvais traitements. Le lendemain, on s'occupe d'eux et presque toujours on parvient à leur donner une occupation ou une protection.

Ce serait une erreur de croire que l'œuvre de l'hospitalité de nuit eût un budget pléthorique; l'exercice de 1880 s'est soldé par un encaisse métallique de cinquante centimes ! Dr V. GALIPPE.

(*Journal des connaissances médicales.*)

COMMISSIONS D'ÉTUDES

1° Révision de la législation : Dr *Gassot à Chevilly* (Loiret).

2° Déontologie confraternelle : Dr *Marais à Honfleur* (Calvados).

3° Exercice illégal, charlatanisme : Dr *Huette fils à Montargis* (Loiret).

4° Médecine cantonale, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, stations thermales : Dr *Mignen à Montaigu* (Vendée).

5° Tarifs d'honoraires, état de la médecine en France : Dr *Lebrun à Bar-sur-Aube* (Aube).

6° Loi Roussel, inspection des écoles : Dr *Bibard Pontoise* (Seine-et-Oise).

7° Honoraires médico-légaux : Dr *Carrière à St-André de Valborgne* (Gard).

8° Syndicats médicaux : M. le Dr *Margueritte au Havre* (Seine-Inférieure).

9° Agenda médical du Concours : Dr *Boëllà Beaugé* (Maine-et-Loire).

10° Pièces de comptabilité médicale : Dr *Hennart à Gacé* (Orne).

11° Sociétés de Secours mutuels : M. le Dr *Béraud à Charlieu* (Loire).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

P is. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

28 Mai 1881 — 3me Année. — No 22

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Monsieur H. Fauvel, chimiste au laboratoire municipal de la préfecture de police, communique une note *sur les altérations du lait dans les biberons, constatées en même temps que la présence d'une végétation cryptogamique dans l'appareil en caoutchouc qui s'adapte au récipient en verre.* — Sur 31 biberons examinés dans dix crèches, vingt-huit contenaient dans la tétine, dans le tube en caoutchouc, et même pour quelques-uns, dans le récipient en verre, *des végétations cryptogamiques* et un grand nombre de *microbes*. On a aussi trouvé du pus et des globules sanguins dans deux tubes appartenant à des enfants qui présentaient des érosions dans la cavité buccale : d'où l'on peut conclure que la salive pénètre dans les biberons et vient ajouter ses propres ferments à ceux du lait. Le lait, contenu dans les biberons, était devenu acide, et cette acidité, déterminée par les bactéries dont les germes existent dans les biberons, *même lavés*, provoque la formation des *mycéliums* sur lesquels M. Fauvel attire aujourd'hui l'attention. — Si les faits signalés dans cette note sont confirmés par de nouvelles expériences plus étendues, nous serions en possession d'une explication assez satisfaisante du grand nombre d'affectious intestinales qui frappent les jeunes enfants soumis à l'allaitement artificiel.

M. Pasteur, on se le rappelle, avait affirmé le ait suivant :

« De la terre recueillie au-dessus des fosses où sont enfouis des animaux charbonnneux depuis plusieurs années, convenablement traitée, est susceptible de produire le charbon par inoculation. Les vers de terre sont les agents qui ramènent constamment les germes morbides de la profondeur des fosses à la superficie du sol, au moyen de leurs excréments. »

M. Colin (d'Alfort) ayant contesté l'exactitude de ces propositions, l'Académie nomma une Commission chargée d'assister aux expériences des deux savants contradicteurs et d'en consigner les résultats dans un rapport spécial. C'est ce rapport dont *M. Villemin* donne aujourd'hui lecture à ses collègues, après avoir constaté que seul, M. Pasteur s'était mis à la disposition de la Commission.

Trois sortes de terres ont été expérimentées : 1° une terre recueillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis douze ans; 2° une terre recueillie sur une fosse où des animaux charbonneux avaient été enfouis depuis trois ans ; 3° enfin une terre *vierge*, c'est-à-diro recueillie sur un terrain où, de mémoire d'homme, il n'avait été enfoui d'animal charbonneux.

Des expériences ont été pratiquées en outre avec des excréments de vers de terre provenant de la fosse de douze ans et de la fosse de trois ans.

Voici les résultats des expériences faites devant la Commission, toutes précautions prises contre les causes possibles d'erreur.

Trois séries, de 5 cobayes chacune, sont inoculées avec les dépôts des trois terres, à savoir : la terre vierge, la terre de la fosse de trois ans et la

terre de la fosse de douze ans. Chaque animal reçoit, sous la peau du ventre, une quantité de dépôt terreux correspondant à environ 10 divisions de la seringue de Pravaz.

Première série (terre de douze ans). Tous les animaux sont morts; les quatre premiers ont succombé à la septicémie, le cinquième est mort entièrement charbonneux; on constate de nombreuses bactéridies dans le sang du cœur et de la rate. Celle-ci est considérablement hypertrophiée. Les globules sanguins offrent l'agglutination signalée par M. Davaine.

Deuxième série (terre de trois ans). Tous les animaux sont morts, les quatre premiers de septicémie et le cinquième de charbon, démontré par la présence de bactéridies dans le sang.

Troisième série (terre vierge). Les cinq cobayes sont vivants et bien portants. Ils présentent seulement, au lieu de l'inoculation, une nodosité de la grosseur d'une petite noisette, constituée par un abcès enkysté dans une membrane pyogénique.

Quatrième série. Les mêmes expériences sont répétées avec les terres de trois ans et de douze ans. Deux groupes de trois cobayes sont inoculés avec les fins dépôts de chacune de ces deux terres. Les six animaux sont morts; cinq ont succombé à la septicémie aiguë, et le sixième au charbon.

Cinquième série. On inocule deux cobayes avec le sang des cobayes rendus charbonneux par la terre de trois ans et par la terre de douze ans; ces animaux succombent au charbon. Une goutte de sang prise à l'oreille de chacun d'eux et ensemencée dans du bouillon de poulet reproduit la bactéridie charbonneuse, avec abondance, à l'état de pureté parfaite.

Sixième série. Les excréments de vers de terre encore vivants, délayés dans quelques gouttes d'eau distillée, sont inoculés à trois cochons d'Inde, qui succombent, deux à la septicémie et le troisième au charbon.

Septième série. Des verres de terre ramassés dans un terrain vague où avaient été enterrés des cadavres humains pendant la Commune, ont fourni une certaine quantité d'excréments qui, délayés, ont été inoculés à trois cobayes. L'un de ces animaux est mort septicémique, et les deux autres sont parfaitement vivants et bien portants.

Huitième série. Enfin des excréments de vers de terre ramassés sur la fosse de douze ans, traités par la méthode de culture de M. Pasteur, ont donné une rapide production de bactéridies: cellesci, inoculées à deux cobayes, ont donné la mort par le charbon.

Ces expériences, dit en terminant M. le rapporteur, *confirment d'une façon évidente les faits annoncés par MM. Pasteur, Chamberland et Roux.*

M. A. Béchamp, de Lille, fait une intéressante communication sur *les propriétés et les fonctions du pancréas.* Après avoir rappelé que MM. Bouchardat et Sandras ont démontré l'action dissolvante et saccharifiante du pancréas sur l'empois d'amidon; que Cl. Bernard a découvert la propriété que possède cet organe d'émulsionner les corps gras, de les acidifier, en opérant leur dédoublement en acides gras et glycérine; enfin que M. L. Corvisart a constaté que le tissu de la glande et le suc, délayés dans l'eau, exercent, sur les matières albuminoïdes, une action dissolvante incontestable, M. Béchamp annonce qu'il s'est proposé de rechercher quel était l'agent producteur de ces propriétés remarquables : ses recherches l'ont amené à en attribuer la cause aux granulations moléculaires ou *microzymas* du pancréas. Si, en effet, on met ces granulations en contact avec de l'empois, des corps gras ou des matières albuminoïdes, on constate la transformation de l'empois en sucre, l'acidification des matières grasses ou leur dédoublement en acides gras et en glycérine, et, enfin, la dissolution et la digestion des matières albuminoïdes, c'est-à-dire que l'on retrouve, dans ces granulations moléculaires du pancréas, les trois propriétés essentielles qui appartiennent à la glande.

Pour obtenir ces granulations à l'état de pureté absolue et les débarrasser des matières grasses qui les entourent, on les soumet au lavage avec de l'éther légèrement alcoolisé, jusqu'à dissolution complète de la matière grasse. On a alors, après filtration et lavage définitif, un produit constitué par de fines granulations ayant un demi-millième de millimètre de diamètre, ce qui donne quinze milliards de granulations moléculaires par millimètre cube.

Vingt pancréas de bœuf ainsi traités ont fourni à M. Béchamp 130 grammes de granulations moléculaires, soit 6 grammes 1/2 par pancréas; et c'est avec ce produit qu'il a exécuté les expériences dont nous venons de mentionner les résultats.

En résumé, M. Béchamp explique les phénomènes de la digestion pancréatique par analogie avec ce qui se passe dans l'action de la levûre de bière sur les substances amylacées. Suivant lui, la granulation moléculaire insoluble ou microzyma « est quelque chose d'organisé, de vivant, une cellule réduite au moindre volume, ayant un contenu soluble dans un contenant insoluble, le contenu pouvant s'échapper par osmose. » Le micro-

zyma est donc « un ferment figuré, un être organisé, vivant, semblable à la levûre de bière ; » ainsi s'expliqueraient les transformations chimiques importantes qu'il est capable de produire.

Pour terminer la séance, *M. Niepce* (d'Allevard) a donné lecture d'un travail dans lequel, aprés avoir signalé les nombreux cas d'anémie aiguë constatée chez les ouvriers du tunnel du Saint-Gothard, il indique comment les médecins italiens furent amenés à reconnaître, dans l'intestin grêle des malades, la présence d'un entozoaire particulier, connu depuis longtemps sous le nom d'ankylostome.

De tous les vermifuges employés contre cet entozoaire, les plus actifs ont paru être : la teinture éthérée de fougère mâle (10 à 20 grammes) et l'acide thymique (10 grammes).

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

DES PLEURÉSIES ET DE LEUR TRAITEMENT

S'il est une maladie dont la thérapeutique ait eu à subir les vicissitudes de la mode, c'est bien celle dont nous allons entretenir aujourd'hui nos lecteurs. En tout temps, quand il s'est agi de soigner une angine diphthérique, une fièvre typhoïde, une coqueluche, chaque médecin s'est créé peu à peu, suivant son expérience, une méthode personnelle, se ressentant toujours plus ou moins sans doute des théories régnantes dans les écoles, mais néanmoins variable dans des limites assez étendues. Pour la pleurésie c'est bien différent : de même qu'il n'y avait à Sparte qu'une manière de faire la cuisine au temps de Lycurgue, de même tous les praticiens de la même génération ont, en général, emboîté le pas derrière leurs maîtres avec une rare unanimité qui fait involontairement songer aux légendaires brebis de Panurge.

Gui Patin dit dans une de ses lettres : « J'ai autrefois traité un gentilhomme âgé de sept ans qui tomba dans une grande pleurésie pour s'être trop échauffé à jouer à la paume. Il fut saigné treize fois et fut guéri en quinze jours comme par miracle. » *Comme par miracle* n'est peut-être pas de trop, mais le spirituel doyen de la Faculté de 1652 n'a certainement pas songé que ces paroles pourraient être ironiquement interprêtées un jour. Lui, qui, dans son enthousiasme pour la phlébotomie, citait sans cesse ce vers de Joachim du Bellay,

O bonne ! ô saincte! ô divine saignée!

Il aurait frémi d'horreur à l'idée que les médecins d'un siècle civilisé pourraient s'éloigner du lit d'un pleurétique sans avoir joué de la lancette. Toutefois si l'on cessa de recourir à cet instrument tranchant, ce ne fut que pour lui substituer un instrument piquant, puisque sur les pas de Trousseau et de Dieulafoy, tout le monde se mit à jouer du trocart. Il faut aussi noter une époque de transition pendant laquelle le vésicatoire seul a régné en maître. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que chacune de ces médicationsa été pendant sa période de vogue presque exclusivement employée et indistinctement appliquée à tous les cas de pleurésie. Il a fallu arriver à une époque relativement récente pour qu'on se décidât à établir des catégories dans les épanchements pleuraux et par suite à reconnaître que chaque catégorie réclame un traitement particulier. On a cru trop longtemps que la quantité et la nature du liquide étaient les seuls points sur lesquels le médecin dût fixer son attention; on oubliait ainsi que le problème est beaucoup plus compliqué, et qu'il y entre bien d'autres éléments, l'état de la plèvre qui a sécrété le liquide, celui du poumon qu'il refoule, la constitution du malade et les conditions pathogéniques qui ont présidé à la formation de l'épanchement. Fidèle à notre programme, de n'envisager les choses qu'au point de vue pratique, nous nous garderons bien de passer en revue d'une manière didactique les travaux si intéressants pourtant, que ces dernières années ont vu éclore sur ces questions. Nous nous contenterons de noter au passage la valeur de tel ou tel signe diagnostique pour insister surtout sur la marche, le pronostic et le traitement que comportent les principales variétés d'inflammations pleurales.

I.

Cliniquement le problème soumis au praticien se présente toujours de la façon suivante : Y a-t-il pleurésie ? — Est-ce une pleurésie accidentelle, indépendante de tout état diathésique et destinée à guérir, nous ne dirons pas sans laisser de traces, — car la pleurésie laisse toujours des traces — mais au moins sans retentir gravement sur l'avenir de l'organisme ? — Faut-il voir, au contraire, dans l'état pathologique de la séreuse, l'écho révélateur d'une maladie générale ?

Pour résoudre le premier point, l'existence de la pleurésie, le médecin s'éclaire de tous les procédés d'exploration classiques, tout en se rendant compte que les signes ainsi décélés ne sont pas tous d'égale valeur et ne se trouveront surtout presque jamais réunis chez le même sujet. Quand on est appelé auprès d'un malade qui vient d'éprouver un point de côté très-intense, qui a eu des frissons, de la fièvre et qui tousse, l'examen du thorax s'imposant, pour ainsi dire, d'urgence, on ne méconnaît pas la pleurésie; mais il en est tout autrement quand le malade qui nous consulte attire notre attention sur un tout ordre de symptômes, comme cela arrive souvent quand l'épanchement pleural existe déjà depuis quelque temps. Que de fois ne serait-on pas exposé en écoutant les plaintes seules du patient à s'arrêter au diagnostic d'embarras gastrique, si l'on ne savait pas que l'anorexie, l'état saburral et le malaise accusés par lui peuvent masquer l'existence d'un vaste épanchement : Trousseau, Peter ont eu bien raison d'insister sur ces cas instructifs de pleurésie latente; nous avons plus d'une fois, assistant aux

conférences de médecine légale pratique faites à la Morgue par M. le professeur Brouardel, pu constater par autopsie que des gens morts subitement sur la voie publique avaient succombé à un vaste épanchement pleural méconnu et non à quelque hémorrhagie cérébrale ou rupture anévrysmale, comme on s'attendait à le vérifier.

D'après M. Potain, l'*Egophonie* serait le seul signe certain dans les cas douteux; nous l'avons pourtant vu manquer assez souvent et nous serions tenté d'attacher plus d'importance à l'*abolition des vibrations vocales*, ou pour mieux dire, la réunion de ces deux signes nous paraît seule décisive; s'il s'y joint la matité, l'absence du murmure respiratoire et le souffle bronchique, c'est au mieux. Pourtant nous ne saurions oublier ces cas déjà assez nombreux (nous en avons vu deux pour notre part) où une *pneumonie massive* en a imposé à d'éminents praticiens pour une collection pleurale jusqu'au coup de trocart inclusivement, et ce n'est que par métaphore qu'on peut leur reprocher d'avoir donné alors un coup d'épée dans l'eau.

L'*abondance de l'épanchement* se déduit en général de l'existence du refoulement des viscères thoraciques ou abdominaux, du *bruit skodique* ou sonorité tympanique sous-claviculaire; toutefois on sait, depuis les intéressantes recherches de M. Peyrot, combien il importe de distinguer le déplacement réel du déplacement apparent des organes, du cœur par exemple; M. Peyrot a prouvé que la production d'un épanchement abondant dans une plèvre, a pour conséquences de faire subir à la cage thoracique une modification de forme, dite *thorax oblique ovalaire*, par suite de laquelle le sternum et les côtes se portent du côté de la plèvre saine; de sorte que, dans un épanchement pleural gauche le cœur est moins dévié en réalité qu'on ne le croirait quand on entend le maximum des bruits à droite du sternum et jusque sous le mamelon droit. Le refoulement subi par les viscères abdominaux peut être apprécié à l'aide d'un signe sur lequel insiste Traube. A l'état normal en percutant de haut en bas la paroi thoracique antérieure on rencontre une zône de sonorité tympanique appelée par Traube *espace semi-lunaire*; elle s'étend du bord gauche du sternum au niveau des cinquième et sixième cartilages costaux jusqu'à 9 ou 11 centimètres en arrière, à l'extrémité antérieure des neuvième ou dixième côtes suivant une ligne courbe à concavité supérieure qui correspond au cul-de-sac pleural inférieur logé dans le sinus costo-diaphragmatique. Par suite de l'abaissement que subit le diaphragme, cette zône de sonorité tympanique normale est remplacée dans les grands épanchements par une zône de matité.

Nous ne nous appesantirons pas sur la signification que M. Péter attribue dans ses cliniques à la forme de la ligne supérieure de matité, ou *ligne de niveau*, au point de vue de la détermination de la plasticité du liquide. On sait avec quel talent cet éloquent écrivain, complétant les recherches faites depuis longtemps déjà par Damoiseau, a soutenu qu'un épanchement purement séreux donne, par la percussion du malade assis, une ligne de niveau horizontale et circulaire; l'épanchement est-il fibrineux, cette ligne est parabolique et oblique à l'axe du thorax; enfin un liquide de nature séro-fibrinense produit une ligne qui réunit les deux caractères précédents, c'est-à-dire parabolique à sa partie supérieure et devenant horizontale, en se prolongeant vers les parties latérales et inférieures. On a reproché, non sans raison, à ces ingénieuses déductions de ne pas tenir assez de compte de la présence des fausses membranes qui cloisonnent si souvent la cavité pleurale et empêchent son contenu liquide d'obéir librement aux lois de l'équilibre physique.

Négligeons, comme étant d'une médiocre utilité pratique, les recherches du même auteur sur la *température locale* qui est toujours plus élevée du côté de la plèvre enflammée que du côté sain avec un écart de quelques dixièmes de degré à deux degrés.

Mieux vaut rappeler l'intérêt que présente au clinicien certains troubles fonctionnels tels que la dyspnée, le décubitus et le mode respiratoire.

La *dyspnée* n'existe pas d'ordinaire dans la pleurésie franche, simple; si ce symptôme est donc notable et pénible, on doit soupçonner une complication, telle que la congestion pulmonaire, une affection cardiaque ou un mal de Bright: on comprend l'utilité d'une telle notion au point de vue de la thérapeutique et du pronostic. Il ne faut bien entendu, pas confondre avec la dyspnée réelle la brièveté et la fréquence des mouvements respiratoires que produit toujours au début un point de côté intense, en obligeant le malade à immobiliser le plus qu'il peut ses parois thoraciques pour diminuer la douleur.

Le *décubitus* qui se fait au début sur le côté sain pour ne pas laisser au contact du lit la paroi endolorie, se fait au contraire sur le côté malade lorsque l'épanchement est tant soi peu considérable afin que son poids ne vienne pas entraver le fonctionnement du poumon sain.

M. Peyrot a fait ressortir le caractère spécial du *mode respiratoire* dans les grands épanchements; il consiste en une prédominance marquée de l'expiration, phénomène déjà décrit dans la broncho-pneumonie infantile sous le nom de *respiration expiratoire*.

II

Les FORMES ET VARIÉTÉS de la pleurésie, sont extrêmement importantes à connaître puisque c'est la notion de leur évolution particulière qui commande la conduite thérapeutique. Une première distinction s'impose, celle des *pleurésies primitives*, d'avec les *secondaires*, les premières, accidentelles les secondes symptomatiques d'un état morbide plus général ou, comme on l'a dit plus brièvement, diathésiques.

Parmi les premières, nous relèverons, dans la pleurésie franche aiguë, deux formes cliniques, l'une à début brusque, à marche et à terminaison rapidement favorable; M. Lasègue lui donne, d'après la considération de la forme de matité largement étalée qu'elle présente, la dénomination de *pleurésie en plaque*, par opposition à une deuxième dont la marche est d'allure moins franche, plus torpide et qu'il nomme à cause de la forme fuyante de sa matité, *pleurésie tournante*.

Frântzel a décrit une forme rare, suraiguë, accompagnée par un cortége de symptômes tels qu'on a cru pouvoir la baptiser *pleurésie typhoïde;* est-elle le résultat seulement du mauvais état général du sujet qui en est atteint? Faut-il au contraire y voir, avec certains auteurs, une véritable pleurésie d'origine infectieuse, dans laquelle joueraient un rôle perfide certains microbes hypothétiques que le microscope aurait révélés dans le liquide de l'épanchement? La question est encore trop neuve pour qu'il soit permis de la trancher; restons, à son sujet, dans le doute philosophique qui a fait la gloire de Descartes.

Une forme clinique nettement tranchée est la *pleurésie diaphragmatique*, désormais bien connue par les travaux de G. de Mussy et Bucquoy, résumés dans la thèse de Hermil; elle est caractérisée par une dyspnée intense allant jusqu'à l'orthopnée, hoquet, nausées et vomissements, et surtout douleurs localisées au niveau des insertions du diaphragme d'une part, de l'autre, sur le trajet du nerf phrénique entre les deux faisceaux inférieurs du muscle sterno-cleido-mastoïdien, le long du bord du sternum dans les espaces intercostaux et en un point qui correspond à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum.

M. Woillez a insisté récemment sur l'allure toute particulière qu'imprime à certaines pleurésies l'existence si fréquente d'un degré variable de congestion pulmonaire; l'hypérémie du poumon sous-jacent à la plèvre enflammée a pour conséquences : 1° de faire croire à un épanchement plus considérable qu'il n'est en réalité, en élevant la ligne du niveau supérieur de la matité (car le poumon congestionné, au lieu de s'affaiser, résiste énergiquement à la pression du liquide et l'oblige à s'étaler en nappe mince et étendue); 2° d'accroître l'expansion thoracique, et en écartant les côtes des viscères abdominaux, de faire paraître ceux-ci plus abaissés qu'ils ne le sont effectivement; 3° d'augmenter la dyspnée; 4° de produire une expectoration abondante, incolore, à la fois visqueuse et fluide assez semblable à une solution de gomme arabique. Telles sont ces formes qui ont mérité le nom de *pneumo-pleurésies*, sans parler des cas plus accentués encore dont M. Brouardel a parlé et où existent de véritables altérations pneumoniques corticales.

Les pleurésies *interlobaires, aréolaires ou multiloculaires*, sont d'un diagnostic tellement difficile, malgré les recherches récentes de M. Jaccoud, qu'il est préférable d'attendre pour en parler que nous possédions des règles plus précises.

Au point de vue de la nature de l'épanchement, il y aurait lieu d'insister sur la transformation purulente et les signes qui permettent de la diagnostiquer; c'est particulièrement dans la travail consciencieux de M. E. Moutard-Martin (1) que sont réunis les renseignements les plus complets sur ce point; on y voit qu'outre les signes généraux de cachexie progressive (amaigrissement, sueurs, frissons irréguliers), il y a lieu de tenir grand compte de l'œdème des parois; mais insister davantage serait faire double emploi avec un article en cours de publication dans le *Concours* et qui traite de l'empyème.

(1) De la pleurésie purulente, 1872.

La *nature hémorrhagique* de l'épanchement a longtemps été considérée comme propre aux pleurésies diathésiques, tuberculeuses et surtout cancéreuses. M. R. Moutard-Martin (1) a eu le mérite de porter la lumière dans cette question; il a démontré que la nature hémorrhagique du liquide était susceptible en beaucoup de cas d'une autre interprétation; des néo-membranes très vasculaires peuvent, par la rupture des vaisseaux qu'elles contiennent, donner lieu à un épanchement absolument hémorrhagique, suivant un mécanisme décrit déjà par Wirchow pour d'autres séreuses, le péritoine et les méninges; c'est la pachy-pleurite hémorrhagique.

Le diagnostic n'est possible que par la thoracenthèse; la reproduction très rapide du liquide fera admettre l'existence du cancer, car elle est exceptionnelle dans la pachy-pleurite; la variété tuberculeuse de l'épanchement hémorrhagique, qui coïncide toujours avec la tuberculose miliaire, n'offre guère qu'un intérêt anatomo-pathologique; car il y a rarement assez de liquide pour nécessiter la thoracenthèse.

La *pleurésie rhumatismale* serait, suivant M. Lasègue, remarquable par la douleur intense, la mobilité et la fugacité de l'épanchement. Mais il y a lieu de distinguer avec M. Seux, chez les rhumatisants, quatre formes de pleurésie; celle qui est produite par propagation d'une péricardite, celle qui peut naître accidentellement *à frigore* chez un sujet débilité par un rhumatisme, celle qui alterne d'une manière métastatique avec les manifestations sur les jointures, enfin celle qui est une vraie manifestation viscérale analogue à la fluxion articulaire.

Chez les tuberculeux, la pleurésie est constante, on peut le dire, tantôt sous la forme de pleurite sèche donnant lieu à ces douleurs accusées si souvent par eux vers le sommet de la poitrine, tantôt sous la forme d'un épanchement lent à se résoudre et avec une tendance à la récidive qui doit toujours éveiller les soupçons du médecin, même chez un sujet n'ayant pas encore présenté de signes d'induration pulmonaire; car, suivant l'expression de M. Peter, toute maladie chronique d'emblée comme toute maladie qui récidive est une maladie de diathésique.

III

Arrivons au TRAITEMENT, et sans entrer dans une discussion hors de saison, précisons quelques points : on a eu trop de tendance à croire, après les remarquables améliorations apportées au manuel opératoire de la thoracentèse, que toute l'attitude du médecin vis-à-vis d'un pleurétique devait consister à attendre que son épanchement fût constitué pour l'évacuer.

Cette regrettable tendance à négliger les autres ressources anciennement connues a peut-être eu pour conclusion involontaire une communication

(1) Etude sur les pleurésies hémorrhagiques. Thèse inaug., 1878.

faite par M. Besnier, il y a deux ans environ, à la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle il établissait sur une statistique irréfutable que le nombre des décès dans la pleurésie était devenu beaucoup plus considérable dans les hôpitaux de Paris, depuis que la thoracentèse avait détrôné les émissions sanguines. Une réaction favorable fut opérée par les entraînantes leçons de M. Peter, et, pour nous, il est désormais certain que l'élément inflammatoire doit être combattu énergiquement, au début de toute pleurésie franche, par une application proportionnée aux forces du sujet, de ventouses scarifiées ou de sangsues; puis doivent intervenir les évacuants, sous forme de diurétiques (lait, nitrate de potasse), de purgatifs salins ou drastiques, de sudorifiques (opium, jaborandi ou pilocarpine en injections sous-cutanées). La méthode révulsive sous forme de vésicatoires réitérés, alternant avec des badigeonnages de teinture d'iode, nous paraît, quoiqu'on en ait dit, d'une incontestable utilité.

La présence de la congestion pulmonaire indique les applications réitérées de ventouses sèches, l'administration de l'ipéca.

L'intensité de la douleur et des signes d'orthopnée dans la pleurésie diaphragmatique réclame les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, dont l'action eupnéique est aujourd'hui incontestable.

La pleurésie typhoïde réclame l'alcool, l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine, peut-être même l'acide phénique, si sa nature infectieuse était démontrée.

La pleurésie vraiment rhumatismale peut être heureusement influencée par le salicylate de soude, au point de vue de l'élément douloureux.

Quand tous les phénomènes aigus inflammatoires sont passés et qu'on se trouve en présence d'un épanchement notable trop lent à se résorber, la thoracentèse trouve alors son indication, mais pas avant; — elle est encore imposée d'urgence, bien entendu, dans les cas où la quantité considérable et l'extrême rapidité de l'épanchement menacent immédiatement la vie du malade par le refoulement des viscères et notamment du cœur. Mais il ne faut pas perdre de vue que cette opération, si simple qu'elle paraisse depuis l'invention de la méthode aspiratrice, demande à être faite avec certaines précautions, si on ne veut pas s'exposer aux redoutables accidents qui résultent d'une décompression trop rapide du poumon, l'expectoration albumineuse et la congestion pulmonaire suraiguë.

Aussi, pour notre part, nous nous faisons une loi de ne retirer jamais qu'une quantité modérée de liquide à la fois, quitte à réitérer l'opération à quelques jours d'intervalle. Cette quantité varie de 1000 à 1500 grammes, jamais plus; d'ailleurs c'est l'apparition de la première quinte de toux qui nous sert de règle; aussitôt que le malade, malgré la précaution que nous lui recommandons de ne pas parler et de respirer par le nez, se met à tousser plusieurs fois de suite, nous retirons le trocart et nous faisons l'occlusion de la piqûre avec la baudruche et le collodion; nous préférons un trocart de petit calibre, préalablement passé à l'alcool et flambé suivant les règles de la méthode antiseptique; nous n'entretenons aussi qu'un vide modéré dans le flacon de l'aspirateur Potain afin que l'écoulement du liquide et par suite le déplissement du poumon se fassent avec lenteur; au besoin nous préférerions nous servir de l'ancien procédé du trocart de Reybart entouré de baudruche, tel que l'employait Trousseau, pour laisser le liquide s'écouler de lui-même au fur et à mesure de l'expansion pulmonaire, plutôt que d'exposer le malade aux accidents qui peuvent succéder à l'évacuation trop rapide par l'aspiration énergique de l'appareil Dieulafoy ou Potain quand on y a fait le vide exact, — sans compter l'inconvénient qu'on éprouve parfois d'attirer des fausses membranes qui viennent se coller contre l'ouverture de la canule et arrêter l'écoulement. Pour nous résumer, nous dirons que la véritable devise en pareil cas ne doit pas être l'axiome chirurgical *citô et Jucundè*, mais bien plutôt le proverbe italien : *chi va piano, va sano.*

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Les syndicats médicaux (4e lettre) (1).

Mon cher Directeur,

Dans le nº 20 du *Concours médical*, vous avez publié, sur la création des syndicats médicaux, un article si net et si précis que je ne vois pas l'utilité de vous adresser maintenant un travail quelconque sur le *modus faciendi.*

Chaque groupe de médecins peut donc d'ores et déjà se réunir pour se constituer en syndicat. Il est évident qu'il serait désirable que *tous* les médecins, sans exception, répondissent à l'appel; mais ce serait trop beau, et il faut compter sur un nombre de dissidents. Que les autres néanmoins tiennent bon, et je ne doute pas qu'ils ne ramènent ceux-ci tôt ou tard.

Bureau. — Pour la composition du *Bureau*, il me semble qu'il devrait être formé de trois ou cinq membres, selon le nombre des médecins syndiqués pour le choix desquels on pourrait procéder par voie de roulement, en prenant pour point de départ, non pas *l'âge*, mais la *date d'installation* dans la ville ou dans la région.

C'est ainsi par exemple que, pour la première année, le bureau se trouverait, d'emblée, constitué par les trois ou cinq plus anciens. Le plus ancien de tous serait le *syndic*. A la fin de l'année, il remettrait ses pouvoirs à celui qui vient immédiatement après lui et qui serait syndic à son tour. En même temps le *bureau* se complèterait en en appelant dans son sein le quatrième ou sixième, et ainsi de suite d'année en année. Ce mode d'agir aurait pour avantage de couper court à toute

(1) Voir *Concours médical* nos 6, 9 et 18.

ambition, à tout esprit de coterie, chacun des médecins étant assuré de devenir syndic à son tour. De plus, il ne faut pas oublier que les fonctions de syndic pourront, à l'occasion, être une véritable charge; il faut donc en répartir le poids sur chaque membre du *syndicat* à tour de rôle.

Quoiqu'il en soit, et de quelque façon qu'ait été constitué le *Bureau*, ou conseil, ou chambre syndicale, peu importe le nom, il existe ; et le syndic rappelle à ses confrères le but à poursuivre qui n'est autre que le *relèvement de la profession médicale*. Il peut leur citer les paroles du *Dr Cauchy*.

« J'entends par syndicat médical une commission de médecins, nommée par leurs confrères afin d'instruire et d'étudier toutes les questions professionnelles qui peuvent se présenter dans le ressort du syndicat ; correspondre surtout avec l'administration supérieure dans les rapports que les médecins peuvent avoir avec elle, aplanir les difficultés qui peuvent survenir entre les médecins et les administrations locales (municipales, bureaux de bienfaisance, hospices, sociétés de secours mutuels) ; en un mot, régler les conditions du fonctionnement de la médecine privée et publique.

« D'un autre côté le *syndicat médical* pourrait être consulté par l'administration supérieure lorsque celle-ci a besoin de se renseigner sur des faits qui sont du domaine et de la compétence spéciale et immédiate de la *science médicale*.

« Au besoin, ce syndicat pourrait être pris pour juge et arbitre par les médecins entre eux sans être pour cela une chambre de discipline. »

(*Dr Cauchy. Conc. méd. 2e ann. nº 13*).

Ceci bien compris, il est à souhaiter que chaque médecin, arrivant dans une région pour s'y fixer, soit inscrit comme *électeur* pour le syndicat par le fait même qu'il satisfait à l'article 24 de la loi de l'an XI, en présentant son diplôme aux autorités désignées.

Voilà donc un certain nombre de médecins, sinon tous, réunis en syndicat, ayant constitué leur chambre syndicale :

Ils peuvent maintenant commencer leurs travaux et l'Etude des nombreuses questions à résoudre.

La première chose à faire est un règlement de *déontologie confraternelle*. Dieu merci ! nos mœurs se sont adoucies; il n'existe plus entre les médecins de ces haines féroces d'autrefois; chacun de nous a compris que respecter son frère, c'est se faire respecter soi-même. Aussi nos rapports sont-ils empreints de plus d'aménité que jadis. D'ailleurs, pour résister à la marée toujours montante des exigences iniques et abusives, il faut avoir confiance les uns dans les autres, en un mot se sentir les coudes. C'est ce qui a dicté aux médecins de la *Nièvre* ce règlement dont chacun des groupes médicaux peut faire son profit.

1º Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels, et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards en actions et en paroles.

2º Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux besoins du moment et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie.

3º Il ne devra se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

4º Le médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

La consultation faite à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire ; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidés, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre confrère.

5º Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

5º Dans tous les cas, il ne devra jamais accepter la succession dans cette maladie, soit aiguë, sot chronique.

7º Le cabinet du médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les réclament.

8º La *Société médicale de la Nièvre* fera appel aux sentiments de délicatesse de tous les médecins indistinctement pour l'observation de ce règlement.

Elle s'engage à en surveiller l'application parmi les membres qui l'ont adopté.

(*Conc. Méd. 2e ann. nº 25*).

Il est évident que l'observance de ce règlement si simple rend très faciles les rapports des médecins entre eux, et que, pleins de confiance les uns dans les autres, ils peuvent sans arrière-pensée, sans crainte aucune, tourner leur esprit vers la solution des questions qui intéressent la profession, et dont voici l'énumération succincte.

1º Etablissement d'un *tarif d'honoraires minimum* dus par la clientèle ordinaire — par les sociétés de secours mutuels, — par l'Assistance publique (dispensaires, bureaux de bienfaisance, hospices) — par la justice (honoraires médico-légaux).

2º *Recouvrement des honoraires. Leur prescription.*

3º *Révision de la législation.*

4º *Exercice illégal de la médecine.*

Voilà, je crois, de quoi occuper les syndicats.

Si maintenant vous voulez bien supposer des syndicats médicaux établis partout, qui peut les empêcher de se relier les uns aux autres, et de provoquer comme le veut le *Dr Béraud*, des réunions de syndics, fomant un *syndicat départemental* ou *provincial*, ces syndicats départementaux élisant à leur tour un grand *conseil de l'ordre des médecins*, auquel incomberait l'étude des questions d'intérêt général pour la profession.

Mais ce rêve se réalisera-t-il jamais ?

Agréez, etc...

Dr MARGUERITTE, du Havre.

Nous pensons que si les *syndicats* se multi-

plient, il sera bien plus facile de les grouper en *grand conseil de l'ordre des médecins*, qu'il n'aura été aisé d'accomplir la tâche de vulgarisation des syndicats, à laquelle M. le docteur Margueritte a bien voulu se consacrer. Le concours qu'il nous prête lui permettra de transformer son rêve en réalité, au grand profit de tous, et chacun lui en sera reconnaissant.

II.

Médecine cantonale (Deuxième lettre). (1)

L'assistance médicale des indigents des campagnes est établie en France dans quarante-deux départements. (Nous ne saurions toutefois affirmer l'exactitude de ce chiffre ne possédant pas de documents assez précis). Organisée dans le Bas-Rhin le 10 octobre 1810 (arrêté de M. de Lezay-Marnésia), elle y fut réorganisée en 1835 par M. Chopin d'Arnouville. Dans le Haut-Rhin, l'organisation de 1825 fut améliorée par M. Lebret en 1837. La Moselle en 1823, la Haute-Savoie en 1843, la Meurthe en 1849, le Loiret en 1850, suivirent l'exemple de l'Alsace; puis le mouvement se propageant et s'accélérant à partir de 1855, à la suite d'une circulaire du ministère de l'Intérieur, M. Bineau (15 août 1855), on put compter en 1863 trente-sept départements, (dont la Loire-Inférieure en 1856) en possession d'un service médical des indigents. (2)

En 1867 on en trouvait quarante-huit, et cinquante-et-un en 1868.

Malheureusement l'instabilité et l'insuffisance de ces créations eurent raison des efforts tentés pour les maintenir. En 1869 trente-cinq départements, en 1870, quarante-cinq, en 1873 quarante-quatre seulement étaient pourvus d'un service médical gratuit pour les indigents.

En voici la nomenclature : Aisne, Allier, Basses-Alpes. Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardennes, Ariège, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cher, Corse, Doubs, Drôme, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Landes, Loire, Loiret, Lot, Maine-et-Loire, Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Oise, Pas-de-Calais, Basses-Pyrénées. Belfort (Haut-Rhin), Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Seine-et-Oise, Deux-Sèvres Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse.

Le service a été supprimé dans la Loire-Inférieure en 1871, et dans l'Isère en 1875.

Il n'est pas difficile de prévoir que, dans un avenir prochain, le nombre de ces départements pourra diminuer encore. Nos confrères en ont dit dans plusieurs numéros du *Concours* les nombreuses raisons, et nous espérons monter, par l'examen critique des système, d'assistance organisés, la nécessité d'une tranformation aussi prompte que radicale.

***

Plusieurs systèmes ont été proposés ou sont adoptés pour l'organisation de la médecine gratuite.

1° Médecine cantonale pure avec un seul médecin par canton et un ou plusieurs adjoints (Alsace).

2° Circonscriptions médicales plus ou moins étendues avec un médecin nommé par l'administration et recevant une allocation annuelle fixe (Nièvre, Cher, Loiret).

3° Une ou plusieurs circonscriptions par canton; traitement fixe et traitement proportionnel, au prorata des visites et consultations (projet Eugène Tallon et H. Fournier).

4° Liberté pour le malade de choisir son médecin, rémunération par visite et consultation (projet Roussel et Morvan), système Landais.

5° Etablissement de nombreux hospices cantonaux et de bureaux de bienfaisance pour les malades indigents.

6° Liberté absolue, charité individuelle sans attaches administratives.

***

Paragraphe 1er — *Médecine cantonale pure, avec un seul médecin par canton et un ou plusieurs adjoints* (Alsace).

Le système de la médecine cantonale est ainsi décrit dans le rapport de M. de la Vallette, ministre de l'Intérieur, en date du 24 août 1867.

« Le service de chaque circonscription cantonale est « confié à un médecin désigné par le préfet.

« Chaque année, le bureau de bienfaisance, ou, lors« qu'il n'existe pas, une commission composée du maire, « de l'adjoint et du curé, dresse, *en présence du méde« cin*, la liste des indigents qui seront appelés à jouir des « bienfaits de la médecine gratuite. Cette liste est ensuite « soumise à l'approbation du Conseil municipal.

« Le médecin cantonal traite à domicile sur la demande « du maire, ou, à son défaut, d'un membre de la com« mission communale, les indigents portés sur la liste. « Dans les cas urgents, il peut être appelé directement « par le malade ou par sa famille, sans autre formalité « que la présentation de la carte délivrée à chacun des « indigents.

« Les médecins visitent et soignent également les en« fants trouvés abandonnés, orphelins, les vieillards et « infirmes placés dans les familles au compte du dépar« tement. Outre les soins que peuvent venir réclamer « auprès d'eux les malades indigents de leur circonscrip« tion en état de se transporter à leur domicile, les mé« cins cantonaux *donnent au moins une fois par se« maine des consultations gratuites*. Enfin ils doivent, « chaque année, adresser au préfet un rapport qui cons« tate les résultats de leur service.

« Les médecins cantonaux sont indemnisés de leurs « frais de déplacement; chacun d'eux reçoit annuelle« ment une allocation proportionnée tant à l'étendue de « la circonscription qu'au nombre des indigents, enfants « et vieillards qu'il est chargé de visiter. En outre, « lorsque les ressources le permettent, des primes sont « données à ceux qui se sont distingués par leur zèle.

« Les médicaments sont fournis par un pharmacien do« micilié dans la circonscription ou par le médecin, s'il « n'existe pas d'officine *à une distance de quatre kilo« mètres* du domicile du malade. Toutes les communes « sont pourvues d'un mobilier médical se composant de « linge, baignoires et objets de première nécessité. Ce « mobilier est mis en dépôt, soit à la cure, soit à la mai« son d'école, dans les établissements des sœurs, et il est « prêté gratuitement sur l'autorisation du médecin. »

Dr Mignen (de Montaigu).

III

Révision de la législation médicale, (14e lettre). (1)

LE MÉDECIN LÉGATAIRE.

Le Code civil n'est pas tendre pour le médecin, nous le savons déjà, et ce ne sont certes pas les prescriptions relatives au chapitre des successions qui nous fera changer d'avis.

Nous lisons en effet :

Art. 909. — Les docteurs en médecine et en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui

(1) Voir *Concours Médical* n° 19.

(2) Nous sommes heureux de citer ici les Drs Chauvin (de Sion) et Verger (de Chateaubriand) qui, avant l'organisation de la médecine gratuite dans la Loire-Inférieure, avaient créé un dispensaire rural assurant gratuitement aux indigents de 18 communes, les visites, les médicaments et le linge qui leur étaient nécessaires.

(1) Voir nos 6, 7, 8, 9, 18, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20,

auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Sont exceptées : 1° Les dispositions rémunératoires faites à un titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus;

2°. Les dispositions universelles, dans le cas de parenté, jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu, toutefois, que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

Art. 911. — Toute disposition au profit d'un incapable sera nulle, soit qu'on la déguise sous la forme d'un contrat onéreux, soit qu'on la fasse sous le nom de personnes interposées.

Seront réputées personnes interposées, les père et mère, enfants et descendants, et l'époux de la personne incapable.

La prescription est formelle; il en résulte une incapacité contre laquelle aucune preuve n'est admise.

C'est en vain qu'on demanderait à prouver que ce n'est pas *l'homme de l'art*, mais l'*ami ou le parent* que le malade a voulu instituer; que ce ne sont pas *les services rendus*, mais bien *l'affection unie à des rapports d'amitié ou de parenté* qui ont été la cause déterminante de la libéralité.

Le legs est annulé *ipso facto*. On peut disposer en faveur de son concierge, mais non pas de son médecin.

Et les commentateurs ajoutent gravement : *il était nécessaire de garantir le malade contre l'ascendant de ceux qui lui administrent le secours de l'art médical.*

Mais la sagesse humaine ne peut tout prévoir sans doute, car les conséquences qu'a tirées du texte de loi la jurisprudence sont pour le moins bizarres.

On voit en effet figurer sur une même ligne les les *testaments* et les *donations*, actes essentiellement différents. Le *testament* est, en effet, révocable et le malade, revenu à la santé, peut toujours annuler les legs qu'il aurait consentis par violence. La donation, au contraire, étant irrévocable, est annulée si le malade meurt, mais reste valable s'il revient à la santé.

On voit encore qu'il faut le concours de plusieurs circonstances pour que l'application de l'art. 909 puisse être faite :

Les libéralités doivent être faites en maladie. Elles seraient valables si elles remontaient à une époque antérieure.

Le donateur doit être mort de cette maladie. Nous venons de voir que les donations restent valables si le malade revient à la santé ; disons que les soins donnés ultérieurement au donateur, même pour une maladie à laquelle il succomberait, ne changent rien à cette validité.

Il faut enfin que le défunt ait, dans sa dernière maladie, reçu les soins du donataire ou légataire.

Et la cour de cassation a établi qu'à défaut de l'une de ces trois conditions spéciales la disposition faite en faveur d'un médecin etait valable.

Nous demandons si, dès lors, il était utile d'insérer dans le Code une restriction blessante pour toute une classe de citoyens honorables.

L'article 909 ne nous paraît pas avoir d'autre effet que de placer le médecin, qui serait en même temps le parent ou l'ami du malade, dans l'alternative de choisir entre l'accomplissement d'un pieux devoir et l'intérêt qu'il aurait à ne pas compromettre des libéralités promises ou espérées.

On craint, dit-on, un abus d'autorité. — Mais le droit commun, et les tribunaux ne peuvent-ils suffire à réprimer ces abus, s'ils venaient à se produire? Et leur action, parfaitement capable, aux yeux du législateur, de protéger les familles contre des tentatives autrement graves et fréquentes, perd-elle sa vertu quand il s'agit de médecins?

Aussi cette argumentation est-elle délaissée aujourd'hui et on nous répond : « Ce que le législateur a voulu, c'est précisément écarter de ces « situations les soupçons injurieux. Il a considéré « que ces libéralités, lors même qu'elles seraient « l'expression libre de la volonté du déposant, « pourraient paraître plus ou moins suspectes ; « qu'il y ait là, d'ailleurs, des abus possibles qu'il « importait de prévenir dans l'intérêt et pour « l'honneur de tous, etc..... »

Nous savions, sans doute, qu'il existait par le monde nombre de gens qui n'aiment rien tant que s'occuper des affaires des autres, mais franchement nous ignorions quel nombre de personnes s'inquiétaient de l'honneur professionnel des médecins.

Il fallait que le *Concours médical* abordât des questions de cette nature pour que tant de sympathies, tant de zèle désintéressé, pussent se faire jour! Avocats, notaires, pharmaciens, etc... c'est à qui prendra le plus de soin de notre honneur professionnel!

Nous sommes certes touchés d'une telle explosion de sentiments, mais, comme ces gardiens de notre honneur nous paraissent avoir oublié quelque peu les notions de philosophie qu'ils ont puisées du collège, nous nous permettrons de leur rappeler qu'une corporation, être abstrait, n'a en soi ni honorabilité, ni vertu, ni vice; que les êtres concrets qui la composent, seuls, et chacun d'eux, en particulier, peuvent être honnêtes ou déshonnêtes, et que la vertu ou le vice de l'un d'entre eux ne rejaillit en aucune façon sur le caractère des autres.

En d'autres termes, nous dirons que, mieux que qui que ce soit, le médecin est capable d'apprécier ce qu'il doit faire ou ne pas faire, et que l'homme honnête se conduira toujours honnêtement, sans avoir besoin de censeurs qui lui indiquent la voie qu'il doit suivre.

Nous prions donc instamment les personnes étrangères à la médecine de réserver pour leur gouverne personnelle les excellents principes dont ils font montre et de nous laisser, dans les questions qui nous sont propres, une liberté que nous n'avons jamais songé à leur contester dans leur domaine particulier.

Cette question incidente tranchée, nous revenons à notre article 909 et nous disons :

S'il se présente des abus, le droit commun les réprimera et la prescription exceptionnelle est inutile.

S'il s'agit d'une mesure préventive et préservative de notre honneur, nous qui avons quelque

prétention à connaître les choses qui nous intéressent, nous affirmons qu'elle est non moins inutile.

Et, en toute logique, nous concluons en demandant la suppression de l'article 909 du Code civil, en ce qui nous concerne du moins.

Nous faisons cette restriction dernière, d'abord parce que les affaires d'autrui ne nous regardent pas, et ensuite parce qu'il n'existe aucune analogie entre la nature de notre action et celle des autres personnes visées par l'article 909.

On sait que ce fameux article édicte:

Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte.

Or, on assimile parfois les deux professions et l'on dit: *médecin du corps, médecin de l'âme;* c'est à cette similitude de termes que, selon nous, s'arrête l'analogie; et nous pensons qu'on voudra bien convenir qu'il existe une différence notable entre la manière dont confesseur et médecin donnent leurs soins respectifs.

Nous ne recherchons pas si la prohibition légale est justifiée quand il s'agit du prêtre, mais nous tenons à établir, dès maintenant, que la façon d'agir du médecin se prête volontiers à une enquête contradictoire et autorise la demande d'application de la législation commune que nous faisons pour lui.

* * *

Le médecin et la loi électorale.

Une disposition, très-sage, de l'avis unanime, et qui se retrouve dans toutes les lois électorales, veut qu'en aucun cas l'inférieur ne possède sur son supérieur hiérarchique un droit de contrôle.

C'est ainsi qu'on a établi l'incompatibilité entre les fonctions de conseiller municipal d'une commune et celles d'agent salarié de cette commune. Prescription justifiée, nous le répétons et qui ne nous arrêterait pas si elle n'avait soulevé des difficultés en ce qui concerne les médecins.

Le médecin peut-il revêtir le caractère d'agent salarié, de fonctionnaire?

Oui, sans doute, s'il est chargé d'une fonction administrative; non, s'il se renferme dans l'exercice de sa profession.

Seront fonctionnaires, et par conséquent inéligibles, le médecin de l'état civil, le chef d'une statistique municipale, le directeur d'une maison de santé municipale etc... C'est là une interprétation qui ne saurait être contestée.

Mais, au contraire, le médecin cantonal qui reçoit une allocation annuelle (quand bien même la commune participerait à cette allocation) ne peut être considéré comme agent salarié, pas plus que le médecin d'hôpital ou le professeur d'une école de médecine préparatoire municipale.

La question est moins nette s'il s'agit du médecin auquel est allouée une rétribution inscrite au budget municipal pour le traitement des malades indigents: une décision du conseil d'Etat a prononcé l'inéligibilité en 1866, certains conseils de préfecture ont adopté la même jurisprudence, tandis que, d'autre part, certaines élections n'étaient point contestées par l'administration supérieure ou restaient validées par jugement des Conseils de préfecture.

Pour nous, le médecin, même dans ces conditions, ne peut revêtir le caractère d'agent salarié, pas même celui de fonctionnaire.

Il ne remplit pas un service municipal, il ne fait qu'exercer sa profession dans les conditions générales, et, si la municipalité lui alloue une certaine somme, c'est simplement à titre d'indemnité: la commune voulant, dans une certaine mesure, supporter sa part dans le traitement des malades indigents.

Ces questions ont d'ailleurs été traitées dans le *Concours* trop récemment pour que nous ayons besoin d'insister plus longuement. Nous les abordons dans cette revue des réformes législatives, uniquement pour demander que le législateur fasse disparaître de la loi toute interprétation erronée, en proclamant formellement le droit du médecin à l'éligibilité.

Car, il faut bien qu'on le sache, dans le cas qui nous occupe s'il y a obligation et devoir de reconnaissance, ce n'est pas du côté du médecin.

Nous terminons ici la première partie de notre revue de la législation médicale; d'autres questions se présentent encore, mais le soin de leur étude incombe à nos confrères: telles les lois qui régissent l'assistance publique ou la législation relative à nos rapports avec la justice.

Outre les documents que nous avons insérés dans ces lettres, nous avons reçu un certain nombre de communications de nos confrères: elles trouveront leur place quand, dans une seconde partie, nous exposerons en détail les divers projets qui ont été mis en avant.

Mais, avant d'aborder cette seconde partie de notre tâche, nous croyons devoir nous arrêter un peu à examiner la situation du corps médical en France et à insister sur les considérations qui, plus que jamais, rendent nécessaires les réformes que nous sollicitons.

Les documents ne nous manquent pas sur cette matière spéciale: nous avons les rapports officiels présentés aux Chambres à diverses époques, nous avons les compte-rendus des associations locales, nous avons enfin les nombreux questionnaires que nos confrères ont bien voulu remplir eux-mêmes.

Ce sont là des sources de renseignements dont il serait difficile de contester la valeur. Quant aux conséquences qui naturellement découleront du rapprochement des faits qu'elles révèlent, nous ne doutons pas qu'elles présentent pour nos confrères le plus grand intérêt.

Dr A. Gassot, de Chevilly (Loiret).

COURRIER

Névralgies trifaciales traitées par le sulfate de cuivre ammoniacal

Dans quatre cas de névralgie trifaciale j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal recommandé par M. le Dr Fériol, et les résultats obtenus me font un devoir de faire connaître ces observations.

Le premier cas a pour sujet une femme de

trente-deux ans, affectée d'une névralgie trifaciale depuis sept ans. Cette névralgie se présentait sous forme de crises très violentes, qui, depuis quelque temps, se reproduisaient trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Pendant deux ans, j'ai essayé inutilement la quinine, l'arsenic, le bromure de potassium, l'aconitine, etc.

Le 20 mai 1879, connaissant la communication faite à l'Académie de médecine par M. le Dr Féréol, je lui fis suivre le traitement suivant :

Prendre en deux fois, dans la journéee et chaque fois au moment des repas, la potion ci-après:

Sulfate de cuivre ammoniacal	0,15 cent.
Sirop de menthe.	30 gr.
Eau distil.	100 gr.

Au bout de trois jours, les accès avaient diminué d'intensité et ne se représentaient plus qu'une fois dans les ving-quatre heures. Je fis continuer le traitement pendant quatre jours encore, mais, au bout de ce temps, la malade se plaignit de douleurs d'estomac et de coliques accompagnées de diarrhée. Je diminuai alors la dose du sel de cuivre, et la restreignis à 0,10 centigr. par potion à prendre dans les vingt-quatre heures. A cette dose le médicament fut bien supporté, et, trois semaines après le début de ce traitement, la malade n'accusait plus aucune douleur.

En septembre de la même année, quelques accès reparurent, mais moins violents; je fis reprendre le traitement pendant huit jours et les douleurs disparurent. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Notons en passant que cette malade s'était fait extraire *neuf* dents en l'espace de quelques mois, attribuant ses souffrances à des dents cariées.

Le second cas a pour sujet une femme de quarante-deux ans. La maladie a débuté brusquement au retour d'un voyage. Les accès, très violents, éclataient toutes les trois ou quatre heures et duraient environ une heure. En présence de cette périodicité, je fis prendre à plusieurs reprises du sulfate de quinine (1 gr. en une dose), sans aucune amélioration.

J'eus alors recours au sulfate de cuivre ammoniacal, mais redoutant les vomissements chez cette femme très nerveuse, prévenu d'un autre côté par le cas précédent de l'action du sel sur l'estomac, j'employai la formule suivante:

Sulfate de cuivre ammoniacal.	0,60 cent.
Extrait de Valériane.	1 gr.
Extrait thébaïque.	0,10 cent.

Pour 12 pilules, 2 par jour.

Le premier jour, sédation marquée, un seul accès dans la journée et un autre un peu intense pendant la nuit, mais la malade se plaint de nausées fréquentes. Le second jour, un seul accès dans les vingt-quatre heures. Le troisième jour, calme complet.

Je fis continuer les pilules, à la même dose, pendant huit jours encore, et les douleurs ne se reproduisirent plus.

Le troisième cas a rapport à un homme de cinquante-quatre ans, souffrant depuis huit mois et ayant subi plusieurs traitements. J'employai les pilules précédentes qui furent parfaitement supportées. Au bout de vingt jours les douleurs avaient disparu, mais il y eut deux rechutes dues à l'abandon prématuré du traitement.

Le quatrième cas concerne une femme de soixante-deux ans, atteinte d'asthme et souffrant de sa névralgie depuis plusieurs années. Les accès se présentent tous les huit ou quinze jours, il sont d'une extrême violence et aucun traitement n'a pu les atténuer. Chez cette malade, le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 0,20 centigr. par jour ne produisit aucun effet, mais, à la dose de 0,30 centigr. j'obtins une diminution sensible de l'intensité des douleurs et de la longueur des accès. J'essayai de dépasser cette dose, mais il se produisit des vomissements qui me forcèrent à m'en tenir a la dose précédente. En résumé, chez cette malade, il y a eu soulagement marqué, mais non guérison; de plus, j'ai observé que, pendant qu'elle prenait ses pilules, les accès d'asthme étaient moins fréquents.

Enfin j'ai employé le sulfate de cuivre ammoniacal dans deux cas de *sciatique*, chez une femme de cinquante-deux ans et chez un homme de trente-sept ans. L'effet a été nul dans ces deux cas.

Pour terminer, qu'il me soit permis de présenter les observations que j'ai pu faire concernant l'action du médicament sur l'organisme.

Chez les trois femmes soumises au traitement, le sel cuivrique a déterminé quelques troubles du côté de l'estomac. Chez l'une, j'ai pu pousser la dose jusqu'à 0,30 centigr. sans déterminer de vomissements qui apparaissaient cependant dès que cette dose était dépassée chez toutes trois, il y a eu de nausées.

La potion donnée à la première malade lui répugnait en raison de sa saveur métallique; l'emploi des pilules m'a paru préférable.

Ches les malades prenant chaque jour 0,10 cent. de sel, j'ai constaté à la fin du traitement un léger abaissements du pouls, ainsi que l'indique M. Féréol et contrairement à l'opinion de Gubler qui a noté une accélération de la circulation.

Chez la dernière malade j'ai constaté que les accès d'asthme étaient moins fréquents, et j'ai principalement observé une diminution marquée de la sécrétion bronchique.

L'action du sulfate de cuivre ammoniacal sur l'intestin ne paraît pas constant, ou, tout au moins, n'est pas la même chez tous les sujets, puisque, chez une seule des malades, il a déterminé de la diarrhée.

En résumé, malgré le petit nombre des cas que je signale, je puis dire que j'ai été frappé des bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie trifaciale, et surtout de sa rapidité d'action.

Dr DELIGNY.

Membre correspondant de la société de Médecine.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Résection de l'estomac. — Dans le no du 31 mars de la *Deutsche Médizinal-Zeitung*, on trouve une note sur les résections de l'estomac faite par le professeur Billroth. Depuis la première opération qui a réussi et qui a fait le sujet de la lettre publiée dans le *Concours*, l'éminent

chirurgien en a entrepris deux autres, qui se sont terminées fatalement : dans l'une il avait modifié son procédé opératoire en réunissant le duodénum et l'estomac au niveau de la grande courbure et non de la petite comme précédemment.

* * *

Recherches sur les phénomènes de l'ouïe chez 267 enfants, par le Dr Weill de Studtgart. — L'auteur a examiné l'état de l'ouïe sur les élèves d'une nstitution, au point de vue de la solution de cette question : à quelle distance l'oreille est-elle impressionnable? ties plaintes nombreuses de parents qui ne se sont Lperçus que leurs enfants entendaient mal, qu'après avoir aouvent remarqué leur légèreté et leur inattention et les sn avoir punis, l'ont conduit à considérer ces faits de plus erés; et malgré le champ restreint de ses observations, p conclut qu'on peut tranquillement émettre cette propoiition : l'audition de chaque enfant distrait et inattentif soit être examinée avec soin. M. Weill a fait ses expédiences dans une chambre de 8 mètres de longueur et a roté pour chaque enfant : l'âge, si il a eu la scarlatine, na rougeole, la diphtérie; s'il y a chez lui des douleurs, ldes bourdonnements d'oreilles ou de l'otorrhée. Il inspecte ensuite l'oreille avec le miroir et essaie l'organe avec la montre et la parole à voix basse.

Les sujets sont au nombre de 267 : dont 214 petits garçons, vivant dans l'établissement et 53 petites filles qui y viennent pour les leçons. Ils ont de six à quinze ans; 145, par conséquent, un peu plus de 54 p. 0/0, ont eu des maladies de l'enfance :

25 la scarlatine.
2 la diphthérie.
66 la rougeole.
23 la scarlatine et la rougeole.
4 la scarlatine et la diphtérie.
5 la rougeole et la diphtérie.
20 la scarlatine, la rougeole et la diphtérie.

122, par conséquent, 46 p. 0/0, n'ont pas eu jusqu'ici de maladies de l'enfance.

44 de ces enfants se plaignaient de douleurs dans l'oreille, la plupart n'éprouvaient que des picotements passagers et 20 de ceux-ci avaient des bourdonnements. En tout 48 cas de bourdonnements, dont 15 avec bouchons, la plupart intermittents. 35 cas de bouchons cérumineux, soit d'un côté, soit des deux ; 11 avaient eu de l'othorrée et 4 en avaient encore, 6 des concrétions calcaires sans bourdonnements, 4 des replis postérieurs douloureux dans un cas et liés à des bourdonnements dans deux autres. Parmi les 122 exempts des maladies de l'enfance, 15 accusent des douleurs, dont 8 avec bourdonnements ; 18 des bourdonnements dont 4 avec bouchons; 13 portent des bouchons, soit 10, 3 p. 0/0, 5 ont des concrétions calcaires, 1 un repli postérieur douloureux. Par conséquent, pour les 145 qui ont eu des maladies de l'enfance, il reste 29 avec douleurs, 30 avec bourdonnements, 22 avec des bouchons « plus de 15 p. 0/0. » Cette proportion énorme peut faire considérer les maladies de l'enfance comme liées à l'étiologie de ces productions de bouchons.

En tout 81 enfants entendaient à moins de 8 mètres, dont 23 d'un côté et 58 des deux. Les 122 qui n'ont pas été malades en donnent 29 qui entendent mal des deux oreilles et 5 d'une oreille, soit 34; dont 27, 8 p. 0/0, avec une audition anormale. Dans les 145 autres, 47, soit 31, 8 p. 0/0 ont l'audition altérée; dont 4 p. 0/0 de plus, les 80 du total général représentent environ 30, 3 p. 0/0.

Quant à l'âge, il est intéressant d'observer que la proportion augmente avec les années : remarquable réfutation de l'absurde préjugé dont le public et certains médecins sont imbus, « qu'il ne faut pas traiter chez les enfants les maux d'oreilles parce qu'ils guérissent tout seuls. »

Des 81 qui entendent mal, 15 ont des bouchons, 17 des bourdonnements, 22 des douleurs « 8 des bourdonnements douloureux, 7 des bouchons et des bourdonnements, » 4 des concrétions, 6 ont eu de l'othorrée, 4 en ont encore.

Ces chiffres sont instructifs : 30 p. 0/0 des enfants entendent mal et il est probable que, chez ce grand nombre, l'infirmité augmentera encore. Les résultats sont encore plus mauvais en considérant le nombre des enfants qui n'entendent pas la montre à un mètre, comme elle doit l'être normalement; 101 seulement l'entendent au-delà de 50 centimètres, très peu l'entendent comme elle doit être. « *Extrait de la Deutsche Médizinal-Zeitung.* »

* * *

Du traitement de la blépharite ulcéreuse, par le Dr Kroll de Créfeld. — L'auteur emploie depuis longtemps contre cette affection, et surtout dans l'enfance, la pommade au précipité de Pagenstecher, formulée ainsi :

Oxyde de mercure préparé par la voie humide 1,0
Axonge.. 8,0

« J'applique gros comme une amande de cette pommade sur une compresse de toile et je frictionne moi-même les paupières fermées, surtout dans la région des cils, jusqu'à la chute des croûtes qui a lieu au bout de peu de minutes. Ce procédé est indolore et fait très rarement saigner les petits abcès superficiels. En abaissant très légèrement la paupière, pour ne pas toucher les bulbes, on enlève avec un angle de la compresse, les morceaux d'eschare collés avec les cils et les foyers des abcès, et on en détache les extrémités avec le bord du linge. Ensuite on enlève, avec une petite pièce propre, le surplus de la pommade, et on applique sur la racine des cils et les foyers des abcès, une solution au nitrate d'argent à 1 pour 50 qu'il faut avoir soin d'absterger immédiatement. Avec cette friction, on obtient aussi vite qu'avec une application énergique de la pommade, une facile élimination des eschares, généralement difficiles à détruire. »

Ce procédé pourrait être également utile aux grandes personnes.

* * *

Cas de menstruation précoce avec autopsie, par le Dr Prochownick de Hambourg. — Le médecin de district S. avait signalé à l'auteur une enfant de trois ans, scrofuleuse au plus haut degré et rachitique qui, depuis la première année de sa vie, par conséquent depuis deux ans, était réglée très exactement pendant deux ou trois jours, toutes les quatre semaines. Cette enfant mourut de tuberculose miliaire dans l'intervalle de deux époques. La mort eut lieu 48 heures environ après la cessation de la dernière hémorrhagie, et l'autopsie vingt heures après, c'est-à-dire 70 heures environ après la dernière menstruation.

L'ensemble des observations démontre que cette enfant était réglée depuis longtemps. L'examen de l'utérus, surtout, est concluant : il est de petite dimension, et sa muqueuse est évidemment celle d'un utérus *post mensés*. Sa taille, son épaisseur et sa dimension, ses proportions entre le col et le corps l'emportent de beaucoup sur celles d'un utérus d'enfant du même âge. Il est donc d'un grand intérêt de voir que cette menstruation était liée à une évolution régulière des ovules.

Ce cas est significatif au sujet de la liaison primitive qui doit exister entre la menstruation et l'ovulation.

(Extrait de la *Deutsche Médizinal-Zeitung).*

Dr Fischer.

TABLEAU DES GROSSESSES.

Nos lecteurs trouveront, à la page suivante, un *Tableau des grossesses* dont la publication nous a paru devoir être utile aux praticiens, en leur épargnant des calculs qu'ils n'ont pas toujours le temps de faire d'une façon bien exacte. Pour se servir de ce tableau, auquel, pour plus de commodité, nous avons donné le format des agendas médicaux, il suffit de chercher, dans la première colonne, la date de l'apparition des dernières règles et on lit immédiatement, dans la seconde colonne, l'époque à laquelle l'accouchement devra avoir lieu.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

P 's. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

4 Juin 1881 — 3me Année. — No 23

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

La voilà arrivée à sa vingt-neuvième séance annuelle; depuis sa fondation, combien de ses membres ont disparu! Mais l'idée qui a présidé à sa création était juste, et, lorsqu'il en est ainsi, les préventions se dissipent, les obstacles disparaissent et chacune des années qui s'écoulent apporte à l'œuvre des éléments nouveaux. Les présidents qui se succèdent s'inspirent de l'expérience de leurs prédécesseurs; ils s'efforcent à l'envi les uns des autres de faire aussi bien et mieux que leurs devanciers.

Monsieur Henri Roger a obtenu 3,054 voix sur les 3,065 bulletins dépouillés. C'est une véritable acclamation. L'éminent et aimé président n'avait pas besoin d'être élevé ainsi sur le pavois, pour se convaincre qu'il était bien le représentant autorisé de l'association générale. Il a promis, dans son allocution de réinstallation, de ne pas faillir au nouveau pacte d'alliance qui venait d'être scellé: cette assurance de dévouement, le passé était là pour prouver qu'elle était superflue.

Seul dans la presse, le journal le *Concours Médical* a dit, avant l'élection, combien cette unanimité des suffrages était souhaitable, et légitimement due au zélé serviteur de l'association.

C'est assurément pour ce motif que, parmi les voix qui se sont portées sur d'autres noms, quelques-unes se sont égarées sur celui du directeur du *Concours*. Nous disons *égarées*, car, en aucune circonstance de l'avenir, il ne doit et ne peut y avoir autre chose de commun, entre les deux associations, que le désir de relever la profession au moyen de l'émulation dans l'union et la solidarité.

Nous ne disposons pas d'un espace suffisant pour faire part à nos lecteurs des divers discours prononcés dans la séance et le banquet. Nous savons que tous ceux de nos confrères, qui font partie de l'association, liront l'*Annuaire*; quant aux autres, nous ferons, à notre heure, des emprunts au compte-rendu, qui les mettront au courant de ce que nous y aurons trouvé de plus saillant.

L'association générale compte environ 7,900 sociétaires, répartis en 94 sociétés locales. Elle possède 1,500,000 francs et distribuera cette année vingt-cinq mille francs, divisés en 65 pensions viagères, variant de 300 à 600 fr.

Cette simple énonciation a quelque éloquence et vaut les plus amples commentaires.

*
* *

La Société contre l'abus du tabac ayant sollicité la faveur d'être reconnue d'utilité publique, le Ministre de l'Intérieur consulte l'Académie de Médecine, pour savoir si l'action nuisible du tabac est, dès à présent, suffisamment démontrée, pour que l'hygiène publique ait motif de s'en préoccuper. Au nom de la commission nommée pour étudier cette question, M. *G. Lagneau* lit un rapport dans lequel, laissant de côté les accidents buccaux et pharyngiens déterminés par l'usage du tabac, il a montré que les principes toxiques de cette plante, dissous dans la salive, ou inspirés sous forme de fumée, soit par la ma

queuse des voies digestives, soit par celle des voies respiratoires, produisait souvent des dyspepsies et, plus souvent encore, des troubles de la circulation, tels qu'intermittences du pouls, palpitations, angines de poitrine, etc., etc. De nombreuses observations, recueillies par des médecins éminents et citées par le rapporteur, viennent à l'appui de cette manière de voir. D'autres auteurs, non moins autorisés, accusent en outre la nicotine d'occasionner des vertiges, une diminution de la mémoire, un affaiblissement de la vue et des facultés intellectuelles.

Aussi, tout en reconnaissant que l'usage modéré du tabac offre peu d'inconvénients, l'honorable rapporteur conclut-il :

1° Qu'il y a un intérêt d'hygiène publique à faire connaître l'action nuisible que peut avoir le tabac employé d'une manière excessive ;

2° Que cette action nuisible est démontrée par un ensemble de faits et d'inductions, dès à présent acquis à la science.

M. *J. Guérin* appuie, de toutes ses forces, ces conclusions qui, mises aux voix, sont immédiatement adoptées par l'Assemblée.

Dr J. GEOFFROY.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'EMPYÈME *(fin)*.

Dans cette seconde partie de notre étude, il nous reste à décrire, le manuel opératoire, les lavages pleuraux et les accidents qui peuvent survenir soit pendant l'opération soit pendant la pratique des lavages.

Nous verrons en outre que le malade est exposé, même après guérison, à des accidents lointains qui, dans quelques cas, viennent tout remettre en question, témoignant, à une date éloignée, de la gravité de la maladie et de la difficulté que l'on a d'obtenir une guérison complète ; aussi convient-il d'apporter les soins les plus minutieux au traitement de la maladie arrivée à cette période.

Le médecin se trouve en présence d'une pleurésie purulente se présentant dans les conditions où l'intervention est indiquée. L'épanchement se reproduit rapidement après la thoracentèse ; la fièvre s'allume le soir, le facies devient terreux, les sueurs abondantes, avec cela, une diarrhée persistante et localement un œdème de la paroi thoracique viennent accuser la nature infectieuse de l'épanchement. La thoracentèse, dans des cas semblables, est impuissante à conjurer des accidents qui vont se développer avec une effrayante rapidité, si l'on n'intervient pas aussitôt. Le siphon de M. Potain, malgré l'avantage qu'il présente, sur la thoracentèse, de permettre les lavages, devient insuffisant. Du reste, le principe de cet appareil ingénieux a été surtout inspiré par la crainte de la pénétration de l'air dans la plèvre, dont on a exagéré le danger. « Songer trop à l'introduction de l'air, dit M. Gosselin, dans la discussion soulevée au sein de l'Académie de médecine, c'est éloigner les praticiens d'une opération qui offre moins de danger que la maladie pour laquelle elle est la seule ressource. » On ne peut que souscrire à l'opinion d'un maître aussi réservé et aussi prudent.

Ce n'est pas l'entrée de l'air qu'il faut redouter, mais plutôt la stagnation, les accidents, à la suite de l'empyème, résultant bien plus souvent du défaut de renouvellement de l'air dans la cavité pleurale.

L'opération a été décidée. — A quel procédé va-t-on avoir recours, pour assurer l'écoulement du liquide? Nous ne ferons que signaler le drainage préconisé par Chassaignac, et l'opération proposée par M. Gosselin, qui consiste à pratiquer une incision à la partie postérieure de l'espace intercostal, incision dans laquelle on introduit un drain que l'on fait ressortir par une contre-ouverture pratiquée à la partie antérieure du même espace. Ces procédés nous paraissent devoir être rejetés, on s'expose en effet à blesser le poumon; ils sont passibles des reproches que l'on a faits à la pleurotomie, et celle-ci a au moins sur eux l'avantage d'assurer un lavage facile, et l'évacuation de masses volumineuses.

Avant de faire son incision, il convient de pratiquer une ponction dans l'espace où l'on va opérer alors même que l'on aurait la certitude d'être en présence d'un épanchement purulent. On explore, par la palpation et la percussion, la région, pour déterminer l'endroit où l'on va faire son incision. Deux bistouris, l'un droit, l'autre boutonné, quelques pinces à forcipressure suffisent pour pratiquer l'opération.

Avant d'aller plus loin, nous dirons qu'il est des cas où le point à opérer est tout fixé, ce sont ceux, où, sous l'effort de la nature, la collection purulente tend à se faire jour à travers la paroi thoracique, et vient faire saillir sous forme d'une tumeur molle, arrondie, fluctuante, perforée parfois à son sommet d'un orifice fistuleux. Dans ce cas, le chirurgien a la main forcée, c'est sur la tumeur qu'il doit faire l'incision. Cette pratique est à peu près universellement admise, l'expression même *d'Empyème de nécessité*, sous laquelle on désigne cette variété de collection purulente, indique assez que l'on a reconnu de tout temps, l'obligation d'inciser sur la tumeur. Nous ajouterons que l'incision doit être ce qu'elle est dans la pleurotomie pratiquée dans les autres conditions, c'est-à-dire d'une longueur de 6 ou 8 centimètres.

Sauf ce cas, l'on peut dire que le chirurgien a le choix de l'espace intercostal ; un opérateur habile et surtout précautionné n'aura pas à regretter d'accidents. Depuis le 4e jusqu'au 11e tous les espaces intercostaux ont été choisis. Aujourd'hui, l'on pratique plus volontiers l'opération dans le 8e espace un peu en avant de la ligne axilliaire. Ce point répond, en effet, aux deux conditions que l'on cherche à remplir : éviter d'une part, comme

le ferait une incision trop basse, de blesser le diaphragme et les organes abdominaux, et d'autre part assurer un écoulement facile aux produits qui s'accumulent dans les parties déclives de la cavité pleurale. Après avoir recherché cet espace, on reconnaît les deux côtes qui le limitent. On trace, à la teinture d'iode, une ligne qui suit le bord supérieur de la côte. On attire légèrement la peau en haut et on l'incise à 4 on 5 millimètres au dessous du trait, sur une étendue de 8 centimètres. On coupe les parties molles jusqu'à la côte, on rase le bord supérieur de l'os, et l'on coutinue à inciser en suivant le doigt indicateur gauche. On pratique une petite ouverture à la plèvre, on introduit alors le bistouri boutonné et on achève l'incision en rasant le bord supérieur de la côte; La plèvre se vide immédiatement de son contenu; un flot de pus se précipite par l'ouverture. Il est bon d'être prévenu de la violence du jet qui vient parfois inonder l'opérateur.

Nous insisterons sur deux points de l'opération qui ont leur importance, surtout au point de vue des suites; d'une part, il faut avoir soin de faire l'incision cutanée plus étendue que celle des parties profondes. En ne se conformant pas à ce précepte, on court le risque de voir le pus décoller la peau, s'infiltrer sous les téguments. Il en serait de même si l'opérateur n'avait pas le soin d'attirer la peau légèrement en haut.

La plèvre ouverte, il convient de la vider de son contenu solide et liquide, au besoin se servir de pinces pour amener au dehors les paquets de fausses membranes, les vésicules hydatiques, les fragments de poumon gangrenés. Nous ajouterons qu'il faut la vider complètement, comme l'on ferait d'un abcès, avec lequel cette cavité présente les plus grandes analogies, comme l'avait vu Hippocrate. Puis il faut faire passer dans la plèvre, 8 ou 10 litres d'eau tiède à 30 ou 35° centigrades, pour favoriser la sortie du pus contenu dans les culs-de-sac. On pourrait s'effrayer de la brusquerie de l'évacuation d'un liquide dont la quantité s'élève quelquefois à plusieurs litres; mais ici, les accidents dus à l'expansion brusque du poumon sont moins à craindre que dans la pleurésie séreuse; la disposition des parties est toute autre et s'oppose aux accidents que l'on voit survenir à la suite de la thoracentèse, comme l'expectoration albumineuse, la congestion du poumon, les syncopes.

La plèvre est ouverte, une vaste cavité suppurante est en rapport avec l air extérieur, tous les efforts du médecin vont tendre à favoriser l'accolement des parois du foyer, le seul mode de guérison posible. « C'est véritablement là, comme le dit M. Peyrot, un état nouveau, presque une maladie nouvelle dont les symptômes, la marche, les accidents, la terminaison et surtout le traitement exigent une étude approfondie. »

La plèvre une fois vidée de son contenu, il faut installer de suite les appareils pour le lavage. On introduit dans la poitrine un tube en caoutchouc. Les sondes uréthrales en gomme rouge flexible, à parois peu dépressibles, conviennent parfaitement pour cet usage. On introduit également dans la plèvre un faisceau de 3 ou 4 drains de 10 centimètres de longueur. On les relie avec un fil qui est fixé à la paroi thoracique avec du diachylon ou du collodion. Ces tubes sont destinés à rester en permanence dans la cavité pleurale. On fait un pansement simple, ou avec de la charpie enveloppée de tarlatane, trempée dans une solution phéniquée. On place un réservoir supérieur au dessus de la tête du malade, un seau d'une capacité de plusieurs litres peut remplir cet usage, on y fait plonger un tube faisant siphon. Ce tube d'une longueur de deux mètres environ est pourvu à son bout inférieur d'un tube en verre. Pour faire fonctionner l'appareil il suffit de réunir à la sonde le tube en verre, qui termine le tube supérieur. On amorce le siphon, et le lavage de la plèvre se fait automatiquement; on reçoit les liquides qui sortent par les drains. Il faut avoir soin de choisir les tubes que l'on introduit dans la plèvre. Les tubes de bonne qualité doivent se laisser allonger sans se fissurer. On doit les remplacer dès qu'ils présentent quelque altération.

On peut choisir, pour pratiquer les lavages, soit une solution de teinture d'iode au 20e ou au 100e, soit de l'eau alcoolisée au 10e, ou phéniquée au 20e. On peut encore employer la teinture d'Eucalyptus globulos au 5e ou au 10e. Dans les cas où il existe une fistule pleuro-bronchique il faut avoir soin de ne pas employer les substances volatiles ou irritantes; on peut les remplacer par les solutions de tannin, d'alun au 500e, de nitrate d'argent au millième. Le lavage sera continué jusqu'à ce que l'eau ressorte claire par les drains; il faut avoir soin de faire varier le décubitus du malade, de le faire incliner et tousser, pour favoriser l'issue des matières. Quant au nombre des lavages il sera subordonné à l'état général du malade; on pourra au début ne pratiquer que deux lavages matin et soir; mais si les phénomènes généraux ne s'amendent pas, si la température reste élevée, il faut les multiplier, on en fera trois, quatre, ou un plus grand nombre jusqu'à ce que la fièvre tombe. Après chaque lavage on applique le même pansement phéniqué.

Dans les cas heureux, les phénomènes généraux s'amendent, l'état général devient plus satisfaisant, la suppuration diminue, l'odeur est moins fétide, l'appétit renaît, les sueurs deviennent moins abondantes. La cavité pleurale se rétrécit: ce dont l'on peut juger par la plus faible quantité de liquide nécessaire pour laver la plèvre et par la tendance qu'ont les tubes à sortir de la poitrine.

Il arrive un moment où, après plusieurs semaines de suppuration, on est obligé de réduire la longueur des tubes; en moyenne, on les raccourcit de deux centimètres tous les 10 jours. La cavité continue à se rétrécir, grâce à l'accolement de ses parois; il ne reste bientôt plus qu'un trajet fistuleux de 2 ou 3 centimètres de longueur : à ce moment on peut retirer le dernier tube; mais il est nécessaire de continuer les injections iodées, pour favoriser l'accolement des parois. Ce but est parfois difficile à atteindre, il est malheureusement fréquent de voir les malades conserver, pendant longtemps, un trajet fistuleux qui donne issue à un suintement séro-purulent.

Si tout se bornait là, l'accident serait de médiocre importance; mais le malade est exposé à voir se reformer, à la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, un abcès plus profond. Dans ce cas, il faut dilater l'orifice soit avec de la laminaire, soit avec de l'éponge préparée. Il faut évacuer la cavité de l'abcès, il est même indispensable de faire de nouvelles injections, si le pus prend de l'odeur, et s'il se produit des phénomènes de septicémie.

D'autres fois, le malade guérit complètement, il ne lui reste, de sa pleurésie purulente, qu'une gêne respiratoire due à l'accolement des deux feuillets pleuraux et des déformations thoraciques consécutives.

Telle est la marche que suit la maladie, dans les cas heureux, après l'opération de l'empyème; mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi favorable, on peut voir survenir, pendant l'opération, ou au cours du traitement, des accidents contre lesquels on doit être mis en garde.

Il est quelques dispositions anatomiques qui peuvent rendre l'opération plus laborieuse; nous signalerons l'œdème de la paroi. Dans ces cas, la profondeur, à laquelle il faut pénétrer, devient telle que le chirurgien croit faire fausse route. Il faut inciser jusqu'à ce que l'on tombe sur le pus, lorsque l'on s'est assuré d'avance de sa présence par une ponction exploratrice. La plaie de l'artère intercostale, l'expectoration albumineuse sont des accidents rares après l'empyème. L'opérateur n'aura jamais à se reprocher la lésion des vaisseaux, si, comme nous l'avons conseillé, il a soin de raser le bord supérieur de la côte.

S'il se produisait une infiltration purulente ou gazeuse de la paroi thoracique, il faudrait avoir soin de prolonger l'incision cutanée au-delà les limites de celle des parties profondes.

Nous préférons insister sur un fait qui peut arriver au cours de la pratique des lavages, fait qui n'a pas jusqu'ici beaucoup attiré l'attention des praticiens : nous voulons parler de la chute d'un ou de plusieurs tubes dans la cavité. Cet accident qui ne laisse pas d'inquiéter le chirurgien qui entrevoit les complications possibles, tenant à la présence d'un corps étranger dans la plèvre, n'est pas aussi effrayant qu'il le paraît au premier abord. Nous ne connaissons pas de cas où la présence de tubes ait eu des suites graves; mais encore ne faut-il pas les y abandonner.

Lorsque ce fait se produit, on doit chercher à retirer le tube aussitôt après, on peut même s'aider de pinces de différentes longueurs; néanmoins nous insisterons sur ce précepte, qu'il ne faut pas trop prolonger ces recherches : de semblables explorations, dans une cavité dont on connaît mal la disposition, à l'aide de pinces volumineuses, peuvent déterminer des accidents d'une gravité irrémédiable. Il vaut mieux attendre, continuer les lavages, comme à l'ordinaire, et avoir soin d'explorer la plaie : généralement, le tube vient se présenter lui-même à l'orifice de la plaie, et il est facile de le saisir. Le fait s'est présenté plusieurs fois, il nous est arrivé à nous-mêmes; le tube avait séjourné deux jours dans la plèvre, sans amener aucune complication.

Beaucoup plus graves sont les accidents qu'il nous reste à signaler et que l'on a vu surtout survenir à la suite d'injections poussées trop violemment. Ces faits ont, dans ces dernières années, attiré l'attention des praticiens, depuis les cas signalés par MM. Desnos, Leudet, Raynaud, Lépine. Nous voulons parler de ces accidents que l'on a désignés sous le nom d'hémiplégie et d'épilepsie pleurétiques.

C'est surtout à la fin de la maladie, lorsque la cavité se rétrécit qu'on le voit survenir. Le malade, à la suite d'une injection poussée trop violemment éprouve une sensation d'étouffement, il pâlit, tombe à la renverse, les pupilles dilatées, la face pâle. Le pouls est nul, la respiration s'arrête. Des convulsions saccadées agitent ses membres. Puis vient une deuxième période dans laquelle la pâleur fait place à une coloration violette de la face, les veines du cou sont turgescentes. Après un quart d'heure, survient un état comateux qui dure trois quarts d'heure au plus. A son réveil, le malade est hémiplégique, le plus souvent du côté de son épanchement. Dans quelques cas, cette hémiplégie est transitoire, dans d'autres, le malade est emporté au milieu des phénomènes convulsifs.

Ces accidents, dont la pathogénie a exercé la sagacité des médecins, qui ont voulu y voir des phénomènes dus à la compression du phrénique, ou à une anémie bulbaire, sont probablement d'origine réflexe. Il nous suffit de retenir qu'ils se sont produits le plus souvent à la suite d'injections faites trop violemment. Aussi ne saurions-nous trop recommander de pratiquer le lavage comme nous l'avons indiqué plus haut. Grâce au siphon, on peut graduer en quelque sorte la pression du liquide, en abaissant ou élevant le réservoir supérieur; ce mode de lavage présente en outre l'avantage de donner une pression continue, sans produire les chocs qui ont lieu fatalement, lorsque l'on pratique les lavages avec une seringue ou un irrigateur.

Il est encore une série d'accidents plus éloignés, auxquels le malade est exposé; ce sont le plus souvent des affections d'ordre paralytique qui s'installent sans bruit à une période où l'on croit le malade hors de danger. Chez les uns, on constate un affaiblissement graduel du membre supérieur du côté malade, chez d'autres, on a vu survenir des troubles trophiques, se traduisant ici par la tumeur dorsale du poignet, analogue à celle que l'on observe à la suite de paralysies des extenseurs, là par une atrophie des muscles de l'épaule et du bras. Notre ami, le Dr Gouyou-Beauchamp a vu une paralysie du grand dentelé survenir à la suite d'une pleurésie purulente avec vomique.

Enfin, le malade peut subir à la longue des déformations thoraciques que Laennec avait bien étudiées. A cette rétraction de la paroi s'ajoutent les déformations de la colonne vertébrale; des courbures compensatrices se forment, les espaces intercostaux se resserrent. Cet accident, contre lequel la thérapeutique est impuissante, est surtout remarquable chez les enfants dont le squelette n'est pas complètement ossifié.

On le voit, l'empyème est une opération grave; néanmoins nous restons convaincu qu'elle est préférable, à toutes les opérations qu'on a voulu lui substituer.

Peut-être aussi faut-il espérer que l'on verra baisser les tables de mortalité, qui s'élèvent à 30 pour 100 en moyenne dans les statistiques heureuses, si l'on saisit bien le moment d'intervenir, surtout si l'on n'ajourne pas trop l'opération, et si les lavages sont faits avec soin et en aussi grand nombre que l'état général le commande.

A. Layca.

REVUE CLINIQUE

DE LA CONSTIPATION, PAR M. LE PROFESSEUR LASÈGUE

La constipation est un retard d'évacuation par rapport aux habitudes d'un individu. Elle a des lois de périodicité non absolues, mais relatives aux individus et à l'état différent de santé ou de maladie chez le même sujet. Pour juger de la constipation d'un individu, il faut tenir compte de ses habitudes antérieures.

La constipation n'est pas seulement horaire, mais encore quantitative. Ainsi tel individu qui ne va à la garde-robe que tous les jours rend une quantité en rapport avec le stock des matières qu'il possède dans son magasin intestinal. C'est une question de doit et d'avoir, d'entrée et de sortie. Tel autre, au contraire, bien qu'il aille régulièrement chaque jour à la selle, rend moins que son stock ne l'exigerait, et par suite ne vide pas complètement son gros intestin.

Vous pouvez comparer cela à la vessie d'un homme qui urine cinq ou six fois dans la nuit. A-t-il pour cela vidé sa vessie? Non, car il peut avoir une retention vésicale, et rien ne dit que malgré ces mictions répétées, il ne reste pas encore une certaine quantité de liquide dans le réservoir vésical.

Le nombre de fois, non plus que la régularité horaire ne suffisent pas pour déterminer s'il y a ou non constipation, mais il est aussi nécessaire que d'avoir la quantité.

Il y a donc deux constipations : la constipation apparente, celle qui est manifeste pour le malade, et la constipation latente, c'est-à-dire celle dont on ne se rend pas compte.

On peut avoir de la constipation tout en ayant une diarrhée de cinq à six selles par jour. Vous avez, dans ce cas, affaire à un constipé qui a détaché, à chacune de ses garde-robes, nne petite quantité de son stock ; la première fois ce sera une selle caprine, une petite crotte à peine grosse comme le bout du doigt, puis les selles suivantes, toutes diarrhéiques qu'elles sont, seront le résultat d'une sécrétion particulière *qui liquéfie* peu à peu la partie des matières accumulées dans son gros intestin, comme une petite pluie mouille parfois considérablement un trottoir, transformant en une boue liquide la poussière qui le recouvre, sans entraîner pour cela toutes les immondices qui y ont été déposées.

La constipation peut donc exister avec des matières rendues fréquemment, chichement et sèchement, comme elle peut exister avec des matières reudues fréquemment, chichement et humidement.

C'est alors qu'appelé auprès d'un malade pour une diarrhée qui s'allie parfaitement à une constipation qu'on vous laisse ignorer parce qu'elle est latente et dont vous n'avez nul souci, que vous ignorez absolument, vous ordonnez bravement, et sans examen, de l'opium, fournissant ainsi un nouvel aliment à cette constipation que vous auriez dû combattre, mettant ainsi un nouveau bouchon à la bouteille de votre malade.

Tout homme, doit-il, ou non, rendre une certaine quantité de matières dans un temps donné, et s'il ne le fait pas, manque-t-il à tous ses devoirs, les matières doivent-elles être rendues proportionnellement à la dose qui a été ingérée, et à la manière dont elles ont été ingérées, autrement dit, en un ou plusieurs repas? Doivent-elles être rendues proportionnellement aussi à la qualité des éléments introduits dans le gros intestin, proportionnellement aux déperditions qui peuvent se faire par d'autres voies telles que les urines, la sueur, etc. et ces déperditions ont-elles une influence sur la qualité même de la matière et facilitent-elles leur induration ?

Vous voyez que le problème de la constipation est loin d'être simple.

Un homme est au lit, depuis huit jours par exemple, pour une pleurésie, une bronchite ou autre accompagnée d'une fièvre modérée, son régime est annulé ; antérieurement à cet état morbide, il n'avait jamais de constipation, et le voilà qui tout-à-coup reste huit jours sans aller à la garde-robe, c'est-à-dire dès le début de sa maladie.

Son médecin a oublié de s'en occuper, et ce n'est qu'un certain jour qu'il s'aperçoit qu'il y a rétention des matières fécales. Quant au malade, il ne s'en étonne nullement, il y a huit jours, dit-il, qu'il n'a rien mangé; il n'a rien pris, il n'a rien fait; pas d'argent, pas de Suisse. C'est une phrase que vous entendez prononcer chaque jour.

Toutes les fois qu'en médecine une induction est tirée du sens commun, elle est mise à la porte. Nous vivons non pas sur ce qu'on *dit*, mais sur ce qui est. C'est ainsi que nous ne tenons pas compte

de ce que nous dit le malade sur l'absence d'alimentation, comme cause de sa constipation, et nous ordonnons un purgatif afin de faciliter l'écoulement du stock des matières intestinales accumulées. Le malade pourra remplir un vase à la suite de ce purgatif sans que pour cela ce vase soit plein de matières fécales, mais bien rempli par la sécrétion liquide due au purgatif, et les matières n'auront de fécales que l'aspect. La quantité rendue ne prouvera donc rien relativement au stock dont l'intestin aura été débarrassé.

Comment donc reconnaître la constipation véritable de la rétention fécale? Les rétentions fécales absolues, telles qu'elles constituent une dérogation aux lois physiologiques, sont de la rétention, tandis que la constipation, dans laquelle il entre d'autres éléments, est une constipation proprement dite.

Dans toutes nos conversations médicales, la constipation est doublée d'une épithète, et nous disons que le malade a une constipation habituelle, c'est-à-dire un état flottant, incertain, qui ne va pas jusqu'à la rétention. Il faut donc séparer ces deux modes, dont le plus difficile à étudier est bien certainement la constipation. La rétention fécale peut parfois entraîner la mort. Elle peut se faire dans différentes régions de l'intestin.

Et ici nous allons faire une série de demandes et de réponses comme dans le catéchisme.

D. Dans quelle région la rétention fécale a-t-elle lieu de préférence?

R. On suppose qu'elle a lieu de préférence dans l'extrémité inférieure du rectum.

D. Pourquoi a-t-elle lieu de préférence en ce endroit?

R. Parce que c'est là qu'on la rencontre avec le doigt.

D. Pourquoi ne se ferait-elle pas plus haut dans le gros intestin?

R, Parce qu'on ne peut pas l'y reconnaître.

D. Pourquoi ne peut-on pas l'y reconnaître?

R. Parce qu'il n'existe aucun moyen de la distinguer, si ce n'est dans la région cæcale, dans la typhlite.

La rétention fécale dans le côlon est surtout difficile à reconnaître lorsque le malade a, de temps à autre, des petites évacuations trompeuses.

A ce sujet, et pour couper un peu l'aridité du sujet que je traite, je vous raconterai l'histoire suivante. A l'époque où j'étais chef de clinique de Trousseau, celui-ci donnait des soins à un personnage célèbre, surtout par les caricatures qui en étaient journellement faites par des artistes avec lesquels il s'était lié, à tel point que sa charge se voyait partout. C'était un chef de bureau d'un ministère quelconque, qui avait remplacé un œil perdu par un bandeau noir, de préférence à un œil de verre, qui, disait-il, se voyait beaucoup plus. Cet homme était porteur d'un ventre si colossal qu'il ne ressemblait à rien : seul un potiron sur sa tige pouvait lui être comparé. Un beau jour, il tomba malade, et ce ventre, si extraordinairement volumineux, augmenta encore ; il souffrait beaucoup, mais il n'existait ni diarrhée, ni constipation, pas de vomissements, à peine quelques nausées.

Médecins sur médecins furent appelés, et chacun de porter un diagnostic plus ou moins fantaisiste, lorsqu'une nuit, tout à coup, huit ou dix mois après le début de ses souffrances, notre homme est réveillé par un mal soudain, et n'a que le temps de sonner son domestique pour qu'on lui apporte en hâte un vase de nuit; mais à peine celui-ci est-il rempli jusqu'au bord, que nouveau coup de sonnette, troisième vase rapporté et rempli; le domestique est..... sur les dents, et suffit à peine à la consommation des pots de chambre; enfin, au dix-septième, l'intestin était satisfait, et notre homme éprouvait un de ces bien-être comme il n'en avait eus depuis longtemps. Sa maladie avait donc consisté tout simplement dans une rétention fécale de dix-sept pots de chambre, ce dont personne n'avait eu garde de se douter, d'abord par la difficulté d'explorer un pareil abdomen, ensuite par la régularité de son fonctionnement intestinal, tel que, comme l'employé de bureau modèle, il consultait chaque jour sa montre pour ne pas oublier l'heure réglementaire de sa présentation aux water-closets.

Et le lendemain, Trousseau, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, s'empressa d'aborder ses collègues réunis dans la salle des médecins, qui devisaient encore de ce malade et du diagnostic de cette affection, leur disait : « Vous savez : Un tel », et chacun de s'écrier : « Saprelotte ! oui, nous le savons, sa tumeur? Aurait-il succombé? — Sa tumeur, répond Trousseau d'un air bourru, cette fameuse tumeur, c'était de la..... ! »

Stupéfaction générale.

A la sortie de l'hôpital, comme un de ses confrères lui reprochait l'expression qui lui avait échappé, Trousseau lui répondit : « Eh bien ! quand j'aurai dit « des excréments, » cela aurait-il sauvé grand'chose? »

Mais revenons à la rétention fécale. La cause peut aussi exister non plus dans l'intestin lui-même, mais en dehors, et nuire à sa perméabilité ou l'obstruer. Telles sont : l'augmentation de volume de l'utérus, la grossesse, la tuméfaction de

l'ovaire, la formation de brides dans le ventre à la suite de péritonites, etc.

Dans une autre catégorie rentrent les intoxications, notamment l'intoxication saturnine, ou l'ingestion de certains médicaments spéciaux, tels que le fer, qui amène parfois chez les jeunes filles des rétentions terribles, et l'opium, mais celui-ci moins cependant que le fer et le plomb.

Il existe encore d'autres causes, mais celles-ci d'un ordre plus délicat, très-importantes, et qui se rapportent au fonctionnement du système nerveux relativement au mécanisme intestinal.

Parmi les affections de l'intestin d'origine nerveuse, nous avons les affections centrales, telles que la méningite infantile, qui amène une constipation absolue malgré les médicaments employés pour la combattre, si ce n'est parfois dans les derniers moments. Mais, de toutes, l'hystérie est le triomphe de la rétention fécale.

Une hystérique, dont la rétention fécale n'a d'autre origine que son état nerveux, la supporte avec indifférence, et sa durée peut varier de huit à jours à dix semaines, plus encore, parfois de six semaines, à trois mois, voire même à six mois. J'ai eu l'occasion de voir une rétention de six mois, j'entends du moins qu'on me l'a dit dater de cette époque ; personnellement je n'en pouvais rien savoir, et franchement je ne pouvais suivre ma malade avec un panier pour recevoir ce qu'elle aurait eu besoin de rendre. Nous n'avons donc aucun moyen de vérifier l'authenticité de pareils faits, surtout lorsqu'ils se passent dans un pensionnat de jeunes filles, et, vous le savez, nul n'est trompeur comme une hystérique. Eh bien ! vous verrez chez de pareils sujets des rétentions fécales de trois mois supportées sans aucune incommodité.

Il est donc des cas où l'intestin n'est nullement touché par la présence de matières fécales accumulées, tandis qu'il en est d'autres où la rétention de courte durée peut amener des désordres. Les phénomènes sont donc complètement différents ; de là un rôle différent aussi dans l'emploi des purgatifs selon que le bouchon fécal obture complètement ou incomplètement le tube intestinal. c'est-à-dire selon qu'il existe une obstruction absolue ou une simple rétention fécale.

(*Gaz. des hôpitaux.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

L'AFFIRMATION DES CERTIFICATS.

Il y a quelques jours le frère d'un de mes confrères, industriel, est venu me prier de lui délivrer un certificat constatant qu'il était atteint de surdité complète d'une oreille, et de dureté de l'ouïe de l'autre côté.

Je connais ce monsieur depuis longtemps, et je savais qu'il était un peu sourd. Il m'a produit à l'appui de sa demande des consultations de médecins auristes de Paris, constatant qu'il avait eu une otite suppurée double, que d'un côté les osselets avaient complètement disparu et que de l'autre le tympan était épaissi et perforé. J'ai pratiqué l'examen des deux oreilles et des parois du crâne avec la montre et constaté que si la surdité n'était pas complète, elle était plus que suffisante pour dispenser ce monsieur d'assister comme juré à des débats judiciaires dont il n'aurait pu saisir tous les détails.

Le juge de paix refusa de légaliser ma signature avant que j'eusse affirmé devant lui le certificat.

Jamais pareille formalité ne m'avait encore été imposée et j'arrivai à la justice de paix muni de mon énorme traité de médecine légale, et je demandai en vertu de quel article de loi ou au moins de quelle ordonnance cette formalité insolite m'était imposée.

Le juge de paix me fit lire, sur l'assignation envoyée à mon client, la note suivante :

« Les certificats délivrés par MM. les médecins pour cause de maladie d'un juré appelé, devront être affirmés devant M. le juge de paix du canton. »

En conséquence je me suis soumis à cette formalité, et séance tenante le juge de paix a rédigé l'affirmation suivante :

« Ce jour, etc., devant nous, juge de paix du canton d'Honfleur, est comparu M. Marais, Henry, docteur en médecine à Honfleur, lequel, après lui avoir donné lecture du certificat d'autre part, l'a affirmé sincère et véritable et a signé avec nous. »

Maintenant on peut se demander d'où émane cette prescription spécialement applicable aux certificats délivrés aux jurés et quelle en est la

légalité. Cette question a été posée ailleurs et un obligeant confrère nous a transmis à ce sujet l'article premier du *Courrier de la Guadeloupe* que nous reproduisons ci-après.

Dr Henry MARAIS.

La *Gazette officielle* a inséré et nous avons reproduit un avis à MM. les Jurés, autorisant M. le Procureur général à exiger des médecins qu'ils AFFIRMEMT leurs certificats devant le juge de paix du canton du domicile du juré malade.

Cette formalité a paru également injurieuse pour les médecins et pour les jurés et l'on nous demande si elle résulte d'un texte formel de loi.

Voici notre réponse :

Il n'existe et il n'a jamais existé rien de pareil dans la loi française.

Ni la loi du 16 septembre 1791 qui contient la première organisation législative du jury.

Ni le décret du 29 du même mois qui trace une instruction sur l'exécution de cette loi.

Ni les trois grandes lois qui ont régi l'institution du jury depuis soixante dix ans, le code d'instruction criminelle, la loi du 2 mai 1827 et la loi du 4 juin 1853.

Ni la loi du 31 novembre 1872 ayant pour objet d'introduire des modifications dans la formation du jury en matière criminelle.

Ni la loi nouvelle sur l'établissement du jury dans les colonies de la Réunion de la Martinique et de la Guadeloupe ne contiennent, pour les médecins, l'obligation D'AFFIRMER leurs certificats devant le juge de paix.

Et cela ce conçoit ; les médecins offrent comme garantie de la véracité de leurs dires, outre l'honorabilité de leur serment professionnel, l'article 160 du code pénal que la loi du 13 mai 1863 a rédigé ainsi :

« Tout médecin, chirurgien ou autre officier de « santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera « faussement des maladies ou infirmités propres « à dispenser d'un service public, sera puni d'un « emprisonnement d'une année au moins et de « trois ans au plus. »

Croit-on qu'une pénalité aussi grave n'est pas suffisante pour arrêter les médecins complaisants qui seraient tentés de délivrer des certificats de faveur ?

Le législateur a pensé ainsi et nous avons de la peine à comprendre la nouvelle formalité par laquelle on voudrait remplacer le prudent silence qu'il a gardé.

Il est vrai que Constant Fenet, dans son code-manuel du juré d'assises, dit à la page 307 :

« En cas de maladie, le certificat doit être écrit « sur papier timbré, puis affirmé sincère et véri- « table, par le médecin signataire, devant le juge « de paix du domicile du juré. »

Déjà nous avions entendu, avec ébahissement, M. le Procureur général Darrigrand soutenir cette thèse à la séance d'ouverture du jury à la Pointe-à-Pitre.

Nous ne nous permettrons pas d'interroger M. le Procureur général, mais nous demanderons à M. Fenet dans quelle loi ancienne ou nouvelle il a trouvé cette obligation pour le médecin?

Ce n'est certainement pas dans l'art. 398 du code d'instruction criminelle au bas duquel il a mis, en note, cette obligation.

Elle peut résulter de certains usages ou de règlements particuliers, mais la loi ne l'impose pas.

Or, dans les pays jouissant d'institutions libres, le citoyen n'est astreint qu'à ce que commande la loi.

Que cela se passe en France, on le conçoit à la rigueur, parce que les médecins, chirurgiens et officiers de santé ne sont pas tous connus des juges et que leurs signatures sont illisibles par profession.

L'AFFIRMATION de leurs certificats devant le juge de paix n'est qu'une LÉGALISATION qui a sa raison d'être ; mais dans les colonies, si les signatures sont également illisibles, les juges connaissent les médecins et savent que leurs diplômes sont déposés au greffe du tribunal de leur ressort.

Du reste, la mesure est aussi illégale en France, où elle se pratique, qu'aux colonies, où l'on voudrait la pratiquer, l'article 5 du code civil défendant d'une façon absolue aux juges et, à plus forte raison, aux procureurs généraux, de prononcer par voie de dispositions générales et réglementaires sur les causes qui leur sont soumises.

Nous croyons nos médecins trop indépendants pour se soumettre à l'accomplissement d'une formalité qui n'est écrite dans aucun texte de loi.

On nous objectera sans doute, que la cour d'assises de la Pointe-à-Pitre pourrait bien répondre à cet acte de dignité par le refus d'admettre les certificats de médecins non AFFIRMÉS devant les juges de paix.

Nous n'en disconvenons pas, car les cours d'assises sont souveraines en matière d'excuses, mais si elles motivaient le rejet des certificats de médecins par cette circonstance qu'ils ne sont pas AFFIRMES devant le juge de paix, ce serait une illégalité de plus que la cour de cassation n'admettrait bien certainement pas.

Il y a des juges à Paris tout comme à Berlin.

Notre article était composé quand nous avons reçu du corps médical de notre ville la protestation suivante :

Les docteurs médecins soussignés, exercant à la Pointe-à-Pitre, protestent énergiquement contre la note insérée dans la *Gazette officielle* et reproduite dans le *Courrier de la Guadeloupe*, n° du 15 avril. Ils considèrent comme attentatoire à leur dignité professionnelle d'avoir à AFFIRMER leurs certificats devant le juge de paix du canton. Ils voient là une mesure de suspicion blessante pour eux, à laquelle ils déclarent de ne pas vouloir se soumettre. Considérant comme parfaitement suffisantes leurs signatures apposées au-dessous d'un document quelconque, ils n'admettent pas que ces signatures puissent avoir plus de valeur après l'accomplissement de la formalité exigée.

Pointe-à-Pitre le 17 avril 1881.

P. GRANGER Dr M, — Dr JOUANET, — S-C. LOYSEAU, — A. LHERMINIER, — A. HANNE, — H. LEGER, — Dr RAYMOND, — J. CARREAU.

II.

Les nouveaux décrets concernant l'exercice légal de la médecine sur nos frontières belge et luxembourgeoise.

Les lecteurs du *Concours médical* n'ignorent pas que jusqu'à la promulgation des décrets dont nous allons parler, l'exercice de la médecine en France par les médecins de nationalité étrangère ne pouvait être autorisé que par application de l'art. 4, de la loi du 19 ventôse an XI, qui est ainsi conçu :

Titre 1er, art. 4. — Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République.

Le 30 janvier 1879, fut conclu entre la France et le Grand-Duché de Luxembourg, une convention, ratifiée à Paris le 20 janvier 1880, qui autorisait les praticiens de chacun des deux pays à exercer leur profession dans les communes limitrophes désignées de l'autre pays en se conformant à la législation et aux mesures administratives en vigueur dans ce pays. La faculté de fournir les médicaments aux malades soignés dans ces conditions n'était pas accordée; une liste nominative des praticiens établis dans les communes limitrophes devait être dressée au commencement de chaque année et remise au gouvernement de chaque État. La convention était exécutoire jusqu'à l'expiration de six mois après la dénonciation par l'une des parties contractantes.

Un an après, même convention avec la Belgique, mais elle diffère de la précédente en ce que les praticiens qui sont autorisés à délivrer des médicaments au lieu de leur domicile, peuvent le faire dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

Ces deux conventions, où la réciprocité entre praticiens des différents pays n'est qu'apparente, ont soulevé des réclamations énergiques de la part des médecins français qui exercent sur les deux frontières qu'elles visent et nous recevons de M. le docteur E. Coliez, de Longwy, communication d'une protestation fortement motivée qu'il a adressée au nom de tous les confrères de l'arrondissement de Briey qui font partie de la Société Médicale de Meurthe-et-Moselle, à la commission administrative de cette association.

Notre confrère condamne complètement cet essai de libre-échange médical et réclame au contraire la protection du gouvernement et sa vigilance pour la rendre effective. Il s'appuie sur les considérations suivantes :

Cette convention est *inutile* et *nuisible*, non-seulement aux médecins français, mais encore aux intérêts fiscaux de notre pays.

1° *Inutile*, parce que de chaque côté de la frontière il y a un nombre au moins suffisant de praticiens pour assurer des soins à tous les malades. et parce que de tous temps ces médecins ont été appelés à exercer en dehors des limites exactes de leur pays. Il sera bien difficile de supprimer cet état de choses, mais pourquoi le sanctionner par des décrets et lui donner force de loi?

2° *Nuisible aux intérêts du fisc francais*, car les médecins belges avec autorisation et les médecins luxembourgeois en faisant de la contrebande délivrent en France des médicaments sortis de leurs poches ou des coffres de leur voiture et qui n'ont payé aucun des droits mis par notre gouvernement sur les drogues simples ou composées et sur les produits de l'extérieur.

3° *Nuisible aux médecins français*, parce que, comme va nous le démontrer M. le Dr Coliez, la réciprocité ne peut pas exister entre médecins des pays frontières dans les conditions différentes où ils se trouvent placés.

Notre confrère de Longwy constate en effet que les médecins belges ou luxembourgeois, qui exercent près de nos frontières, ont choisi, pour s'installer, non un centre de population important qui leur assure une clientèle, mais un village quelconque, quelquefois très isolé, pourvu qu'il se trouve voisin de notre frontière, et par conséquent de nos clients naturels et des agglomérations ouvrières constituées dans nos vallées par suite de l'extension de l'industrie métallurgique. Ce qui, d'après le Dr Colliez, confirme cette façon d'interpréter le groupement de ces sentinelles avancées de la contrebande médicale, c'est que, derrière eux et plus avant dans leur pays, on trouve une seconde ligne de médecins faisant la clientèle de leur nationalité et même un peu la clientèle française, et qui ne laisse à la première ligne que peu de clients belges et luxembourgeois. A l'appui de cette opinion, notre confrère a tracé un tableau frappant de la disposition des demeures des médecins étrangers sur nos deux frontières, tableau que le défaut d'espace nous empêche de reproduire, mais qui démontre, jusqu'à l'évidence, la réalité des faits qu'il avance.

En outre, quelques-uns de ces médecins étrangers enlèvent à nos confrères les postes médicaux à appointements fixes, et le Dr Coliez cite le Dr de R..., du Luxembourg, qui a accepté pour 700 fr.

par an, y compris la fourniture des médicaments, le poste de médecin de l'usine de Saulnes qui avait été refusé au prix de 500 fr. pour les soins médicaux seulement par un médecin français.

Notre confrère se demande ensuite quelles sont les causes qui ont amené la signature des conventions. Il les trouve :

1o De la part de notre gouvernement, dans une mauvaise application d'un sentiment d'humanité mal entendu et de générosité faite aux dépens des médecins ; dans la tendance qu'ont nos gouvernants à régler tout ce qui regarde la médecine sans consulter les médecins.

2o De la part des gouvernements étrangers dans leur désir d'être agréables à leurs médecins nationaux qui désiraient vivement faire régulariser des positions lucratives mais illégales qu'ils exploitaient depuis plusieurs années.

Ces praticiens n'étaient pourtant guère tracassés par les autorités françaises, puisqu'il est impossible de citer un seul jugement prononcé contre eux par nos tribunaux pour exercice illégal de la médecine en France, tandis qu'il y a quelques années, le Dr de Vireux (des Ardennes), se vit condamner à 50 fr. d'amende par un tribunal belge, sur la plainte des médecins de Charleroi, pour exercice illégal de la médecine en Belgique.

Nous ne pouvons qu'approuver entièrement tous les arguments du Dr Coliez qui, du reste, est bien l'interprète fidèle des médecins de l'arrondissement de Briey, puisque dernièrement, lorsque le sous-préfet de cette ville fit demander le nom de ceux qui consentaient à profiter du bénéfice de la convention franco-luxembourgeoise, aucun ne voulut signer et donner ainsi implicitement son approbation à un traité dont ils se regardaient tous à juste titre, comme victimes.

Monsieur le Dr E. Coliez termine ainsi son adresse à la Commission administrative de l'association médicale du Meurthe-et-Moselle : « *Il y a donc lieu de revenir sur une mesure préjudiciable à tous les intérêts français et toute à l'avantage des étrangers.* »

« Tous donc, d'une voix unanime, nous demandons la dénonciation des deux conventions.

« Une loi protectrice pour les médecins a été présentée par Monsieur Roger-Marvaise, mais, tout en espérant qu'elle n'aura pas le même sort que celles qu'on a eu l'intention de discuter en 1830, 48, 73 et 77, nous sommes certains qu'il faudra longtemps avant qu'elle arrive à être adoptée ; Aussi nous demandons le retour à la loi ancienne, et nous en réclamons l'application sévère. »

Nous apprenons que l'association générale vient de décider qu'on demandra la dénonciation des deux conventions.

Nous faisons des vœux pour que ses démarches aboutissent. Dr POUJADE.

COURRIER

Monsisieur le Rédacteur

Il y a dans le no 19 du *Concours Médical* (*Revue française* p. 227) un petit article ayant pour titre *Moyen de rendre les applications de cautère insensibles* :

Il est dit que le Dr Landrieux a communiqué un moyen simple et ingénieux, pour atteindre ce but, le mélange de 3 à 4 centg. de chlorhydrate ou de bromhydrate de morphine, à la pâte de Vienne.

N'aurait-il pas été juste de dire, au moins en même temps, que ce moyen a été proposé pour la première fois, par le Dr Piedagnel (de Nancy), il y a environ 24 ans? D'une autre part, la dose des mélanges me paraît insuffisante pour obtenir l'insensibilité complète, si la quantité de la pâte employée est massive il est préférable de fixer la proportion qu'il doit y avoir entre les deux substances; je crois qu'il faut 20 à 25 0/0 de morphine. Avec cette proportion, j'ai obtenu des eschares de 3 centimètre de profondeur, sans provoquer la moindre sensation de brûlure, ni la moindre apparence de sommeil.

Voyez si ces quelques lignes ont un intérêt suffisant pour faire suite à celles auxquel je fais allusion.

Veuillez agréer..... Dr MARMISSE.

***

Très honoré confrère,

Dans la correspondance du No 15, la réponse au Dr P. à T. (Charente) 30 mars, s'occupe de sages-femmes dans les cas d'avortement et d'accouchement prématuré. Il me semble que c'est le plus haut degré de l'exercice illégal et que cet abus est grave au point de vue de la *Reproduction de l'Espèce.* — Je m'explique : Un médecin est appelé auprès d'une femme enceinte, *non à terme*, éprouvant les symptômes d'un commencement de travail, il cherche à arrêter ce travail ; qui n'a pas vu les merveilleux effets des *lavements laudanisés* donnés *sans hésitation*? Nos professeurs insistent sur la tolérance de la femme grosse pour le *Laudanum* ; ils nous le répètent sur tous les tons, pour que nous n'hésitons pas. Aussi notre présence est-elle souvent utile ; et la grossesse suit son cours.

La sage-femme sait-elle cela ? — Il y en a deux ici qui, je m'en suis assuré à plusieurs reprises, ne s'en doutent pas. Et puis, pourront-elles prescrire

le *Laudanum*? Le pharmacien ne le délivrerait pas. Enfin oseront-elles donner des lavements répétés avec 20 gouttes de Laudanum? Elles auront peur des accidents. Nous qui sommes sûrs de notre fait, nous allons carrément.

Elles pourraient appeler un médecin; mais alors la sage-femme est congédiée. Au lieu d'être payée à peu près comme pour un accouchement. elle ne reçoit rien ou presque rien.

Quand la femme a trop attendu, que l'avortement est forcé, et l'accouchement prématuré inévitable, c'est l'affaire de la sage-femme, mais si la femme est au début des accidents, c'est forcément le médecin seul qui peut donner les soins nécessaires.

Veuillez agréer, etc. Dr LEMAIRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la pleurésie chez les enfants. par le Dr J. Simon. — Dans une excellente leçon clinique faite à l'hôpital des Enfants-Malades, par le Dr J. Simon et résumée dans le journal *le Praticien*, nous trouvons, relativement au traitement de la pleurésie chez les enfants, quelques sages conseils que nous croyons devoir reproduire ici.

Etant donné un enfant atteint de pleurésie, la première chose à faire, c'est de le laisser au lit et de l'y maintenir quand même.

Chaque fois que cette prescription est trangressée, on constate une augmentation de l'épanchement. On emploiera, dès le début, des diurétiques; le meilleur est le lait pur ou aromatisé; on peut alterner avec la tisane de queues de cerises. On peut également formuler une préparation de scille ou de digitale :

Eau de tilleul 100 gr.; teinture de scille et de digitale, de chaque 10 gouttes; oxymel scillitique 95 gr., pour édulcorer. F. S. A. — A prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

Tous les deux ou trois jours, on fera sur les intestins une révulsion au moyen de la manne, mannite, chocolat à la magnésie et surtout très simplement avec deux ou trois pastilles de calomel de 5 centigr. chacune.

Enfin, on appliquera des vésicatoires, en ayant soin de commencer par en appliquer de fort petits, de 4 à 5 centimètres de diamètre, et de ne les laisser que peu de temps. Des vésicatoires plus grands auraient pour effet de brider, pour ainsi dire, la poitrine et d'empêcher l'enfant de dilater son thorax du côté atteint. Il est préférable de revenir plus souvent sur leur emploi.

En somme, le traitement de la pleurésie aiguë franche se compose : de prescriptions hygiéniques, de diurétiques, de purgatifs et de révulsifs cutanés. Dès le cinquième jour, lorsque la fièvre est tombée, on peut permettre une légère alimentation. A ce moment, la digitale sera suspendue pendant quelque temps, car il faut redouter ses effets sur les enfants bien plus que ceux de l'opium, qui, bien manié, est bien toléré. On se contentera de sucrer la tisane avec du sirop de pointes d'asperges.

Si l'épanchement persiste au delà de trois semaine, on se servira de l'huile de croton mitigé, dont l'effet est fort utile à cette période.

Si, cependant, malgré ce traitement, l'épanchement ne se résorbe pas, faut-il avoir recours à la thoracentèse? M. J. Simon en paraît peu partisan. Chez l'enfant, il ne fait de thoracentèse : 1° au début, que si l'épanchement est d'emblée très considérable, s'il siége à gauche surtout, bien que la torsion du cœur soit bien mieux supportée à cet âge que chez l'adulte. On a, dans ces cas, la main forcée par des épanchements qui, en vingt-quatre, trente-six heures, menacent d'étouffer le malade; 2° après le premier mois, lorsque la persistance du liquide fait craindre sa transformation purulente; 3° quand l'épanchement est purulent.

La thoracentèse sera faite avec les aspirateurs de M. Potain ou de M. Dieulafoy. Il ne faut faire l'aspiration que très doucement, en ne produisant dans le corps de pompe qu'un vide relatif; sans cette précaution, on fait saigner très facilement les fausses membranes et l'on ne retire qu'un liquide sanguinolent. Il est une précaution essentielle à prendre vis-à-vis de la famille. « Nous allons, direz-vous, faire une ponction exploratrice et retirer du liquide, à moins que de fausses membranes ne s'y opposent en se mettant au devant de notre instrument. » C'est là une précaution fort importante au point de vue de la réputation de l'opérateur, car il arrive très-bien qu'on ne retire rien, bien qu'on soit dans la plèvre et bien qu'il y ait du liquide. La ponction doit être faite dans la ligne axillaire, au niveau du cinquième ou du sixième espace intescostal. Le trocart doit glisser sur la partie la plus rapprochée de la côte inférieure. M. J. Simon fait ordinairement un pli à la peau et commence l'incision avec le bistouri, puis il détruit le parallélisme entre le point de jonction superficiel et l'ouverture profonde; de cette façon, on évite toute possibilité de l'entrée de l'air.

La poche purulente vidée, on met un drain et on fait des lavages, M. J. Simon recommande de pousser très doucement les injections dans la plèvre pour éviter les syncopes ou les crises épileptiformes.

Une question très importante et très controversée, c'est de savoir à quel moment il convient d'enlever le drain. On dit dans les livres classiques que, tant que le pus est fétide et de mauvaise nature, il convient de le maintenir et de pratiquer des lavages. Lorsque le pus est fétide, parfait, il faut continuer à désinfecter la cavité pleurale; mais on attend parfois longtemps, avant que le pus soit louable; il reste longtemps homogène; il faut donc trouver un autre signe qui avertisse du moment opportun de cesser ces injections.

Voici la conduite adoptée par M. J. Simon; au bout d'un mois et demi environ, dès qu'il n'y a plus de fétidité, il suspend les lavages; il passe simplement une ficelle ou une corde à boyaux dans la plaie, pour assurer la sortie des liquides, et il

surveille attentivement le malade et la température. Si la fièvre revient, il reprend immédiatement les injections, en ayant bien soin de les faire avec grande douceur, pour ne pas déchirer les adhérences qui ont pu s'établir; souvent, en effet, les injections, en détruisant les adhérences, entretiennent la maladie. Après avoir repris les injections, il cesse de nouveau au bout d'un mois et il se contente d'une ficelle comme la première fois. Si, de nouveau, il y a des phénomènes de rétention du pus, si la fièvre revient, alors il ne faut pas hésiter : il faut avec un bistouri boutonné, agrandir l'incision, pratiquer, en un mot, l'empyème. Bien entendu que, pendant tout ce traitement, le petit malade doit être soutenu par des toniques, à la façon des gens qui suppurent.

(*Journal des Connaissances médicales*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Montaigu, 25 mai 1881.

Monsieur le Directeur,

Le 16 mai s'est tenue à Montaigu, dans une des salles de la mairie, la première réunion d'un syndicat médical.

D'accord avec mes deux confrères de *Montaigu*, nous avions adressé quarante-huit lettres de convocation à des confrères, que nous avions vus pour la plupart chez eux, et avec lesquels nous nous étions entretenus du but à atteindre. Sur ces 48 appelés, 31 étaient présents.

Ce sont :

Du départenant de la *Vendée*, MM. *Coudrin, de la Boissière*, de Montaigu; *Baudry et Hébert*, de Tiffauges; *Bosqué*, do Mortagne; *Seguin*, de Chauché; *Eon et Raynaud*, des Essarts; *Gourraud*, de Sainte-Cécile; *Piveteau*, de l'Oie; *Méchinaud*, de Saint-Fulgent; *Dehergne*, de la Gaubretière; *Moreau* et *Chappot de la Channonie*, des Herbiers; *Cormier*, de Saint-Denis la Chevane; *Clénet*, de Lugand; *Dumas*, de la Bruffière; *Gouin Alfred*, *Gouin Alphonse* et *Mignen*, tous trois de Montaigu.

Du département de la *Loire-Inférieure*: MM. *Doussain*, de Clisson; *Brodu* et *Mainguy*, de Vieille-Vigne; *Buet*, de Montbert; *Dugart*, d'Aigrefeuille; *Gonichon*, de Monnières; *Chaillou* et *Gouin Charles*, de Légé; *Blin*, de Château Thébaud; *Guiberteau*, de Pont-James; *Cailleteau*, de Saint-Philbert-de-Grand-Lieu;

Du département de *Maine-et-Loire*, *M. Cady*, de Torfou.

Nous avons l'adhésion écrite ou donnée par un confrère présent de MM. *Bourgeois*, député, de la Verrie; *Jagueneau*, de Chavagnes-en-Paillers; *Damour*, de Bazoges; *Cancalon*, de Mortagne; *Sallé*, des Herbiers; *Hilléreau*, de l'Herbergement; *Clochard*, de Rocheservière; *Porteau*, et *Gouin Camille*, du Poiré-sur-Vie; *Rouleau*, de Saint-Laurent-sur-Sèvre, pour le département de la Vendée. De MM. *Boutin*, de Clisson; *Laugée* de Monnières; *Drouet*, de Saint-Pilbert de Grand-Lieu; *Sorin*, du Bignon, pour le département de la *Loire-Inférieure*.

Plusieurs autres confrères, nous croyons pouvoir l'affirmer, seront bientôt des nôtres, car nous allons étendre la limite de la région dans laquelle nous avions adressé les demandes d'adhésion. Nous n'avions fait notre appel que dans un rayon de six à huit lieues de *Montaigu*, pris comme centre.

La séance commencée à une heure et demie s'est prolongée jusqu'à quatre heures. Après avoir fait l'appel des membres présents, j'ai pris la parole, chargé de ce soin par mes collègues de Montaigu. J'ai exposé l'utilité et le but du syndicat, priant de ne retenir, quant à présent, de notre programme, que les trois questions suivantes : 1° Tarif d'honoraires; 2° Mode de recouvrement des honoraires; 3° Rapports entre confrères (déontologie médicale), heureux de trouver aussi l'occasion de faire remonter au *Concours Médical* tout le mérite de la création que nous allions tenter, et d'engager vivement mes confrères à adhérer à votre excellent et si utile journal.

Puis, M. le Dr Alphonse Gouin a lu l'article du Dr Margueritte (n° 6), résumant ce qui avait été publié dans le *Concours* sur les syndicats.

Il a été procédé alors, au bulletin de vote, à la nomination des membres du bureau qui a été ainsi composé: Dr Mignen, président; Dr Alfred Gouin, vice-président; Dr Alphonse Gouin, secrétaire-trésorier.

Nous avons cru ensuite, devoir donner lecture du projet des statuts que nous avions élaboré, faisant remarquer toutefois que nous ne demanderions la discussion des articles qu'après le vote de la loi sur les syndicats professionnels, c'est-à-dire à notre prochaine réunion.

Chacun des membres du syndicat recevra bientôt un exemplaire imprimé de ce projet, afin de l'étudier à loisir, et un questionnaire détaillé sur les trois questions citées plus haut. Nous joindrons à cet envoi le tarif d'honoraires adopté par les médecins de la Vendée, en 1878.

Quelques jours après, convoqués par l'un d'eux, les membres du syndicat se réuniront dans leurs commissions respectives — il en a été formé cinq en tenant compte des distances — puis nous adresseront le résultat de leurs travaux. Ainsi sera facilitée l'œuvre de la réunion générale qui se tiendra peu de temps après, et hâtée la décision à prendre.

En somme, la journée a été excellente. Tous les confrères ont paru heureux de se voir réunis en aussi grand nombre, et je crois que tous espèrent de sérieux résultats de notre entente.

Je dois ajouter que M. le Dr *Sallé*, des Herbiers, âgé de 84 ans, avait chargé un des confrères présents de nous exprimer les meilleurs vœux de succès, et de nous dire qu'il était de tout cœur avec nous dans ce que nous pouvions faire pour améliorer nos situation respectives. Cette marque de sympathie de la part d'un vieux confrère nous a été très-agréable. Si les plus anciens dans la pratique, veulent bien encourager les jeunes, n'est-ce pas la meilleure preuve que nous sommes dans la vraie voie, la meilleure raison d'y persévérer !

J'ai pensé, Monsieur le Directeur, que vous seriez heureux de connaître ce qui s'est passé ici. Rien de plus facile que d'agir comme nous, et nous espérons tous avoir de nombreux imitateurs.

Veuillez agréer mes sentiments bien dévoués.

G. MIGNEN.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

11 Juin 1881 — 3me Année. — No 24

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Consultée par le Ministre de l'Instruction Publique sur l'utilité qu'il y aurait à créer cinq nouvelles chaires : Maladies nerveuses, Clinique obstétricale, Toxicologie, Dermatologie, Hygiène internationale, la Faculté de Médecine de Paris a pensé qu'il y avait lieu de fonder une chaire des Maladies Nerveuses (destinée à M. le professeur Charcot) et a rejeté en bloc les quatre autres. Nous regrettons peu les trois dernières, parce que, sur ces trois points particuliers, l'enseignement ne nous paraît pas, au moins pour le moment, être en péril; mais nous n'en dirons pas autant de la seconde chaire de Clinique Obstétricale, dont la création aurait, nous l'espérions du moins, comblé une des lacunes que présente à Paris l'enseignement de l'obstétrique. Il y a quelque temps, nous avons déjà, ici même, déploré le triste état dans lequel se trouve l'enseignement pratique de cette branche importante de notre art; et nous avions reconnu que les causes de ce mal étaient la pénurie et l'abandon, où se trouvent les services hospitaliers affectés aux accouchements, et aussi l'impossibilité absolue pour une seule chaire de Clinique, de donner cet enseignement au grand nombre d'élèves qui fréquentent la Faculté de Paris.

M. le professeur Depaul n'est pas de notre avis, paraît-il; et il a engagé ses collègues à ne pas accepter la création d'une seconde chaire de Clinique d'accouchements, en leur affirmant que la sienne répondait, d'une façon satisfaisante, à tous les besoins de l'enseignement pratique. Suivant lui, les étudiants ne savent pas les accouchements parce qu'ils ne viennent pas les apprendre chez lui; car ce ne sont pas les sujets qui font défaut, au contraire; mais ces *paresseux* d'étudiants ne veulent pas se déranger. — C'est toujours le lapin qui a commencé. — En effet, ajoute le professeur, sur 352 élèves inscrits à la Clinique dans l'année 1872, — pourquoi avoir choisi justement et seulement cette année? — 140 n'ont jamais répondu à l'appel de leur nom !...

Nous, ce qui nous étonne, c'est que sur un tel nombre, il n'y ait eu que 140 étudiants qui n'aient pas répondu et nous allons dire pourquoi. Il ne faut pas oublier que nous sommes en présence de jeunes gens qui, ayant passé leur quatrième examen de doctorat, courent les hôpitaux et les cliniques, soit pour préparer leur cinquième examen, soit pour chercher un sujet de thèse ou pour recueillir des observations. Pressés, la plupart du temps, par l'impatience des parents qui les rappellent auprès d'eux, ou par l'espérance d'une clientèle à prendre, ces *paresseux* doivent, pour apprendre les accouchements, venir tous les matins à la Clinique, pendant un mois ou six semaines; et, quand ils se sont astreints à cet exercice pénible, surtout pour ces *paresseux*, ont-ils appris les accouchements? Non; ils ont, tout au plus, examiné une femme et encore une femme qui n'était pas en travail !

Voilà bien du temps perdu, et pour un maigre résultat. Mais, allons plus loin, et demandons-nous s'il est possible à tout docteur qui quitte la Fa-

culté d'avoir fait un accouchement à la Clinique. Ceci n'est plus qu'une question de chiffres.

D'après M. Vulpian, la Faculté reçoit environ 600 docteurs par an : ce sont donc 600 élèves qui devraient passer par la Clinique; encore laissons-nous de côté les officiers de santé et les sages-femmes qui doivent aussi y passer ; cependant ne parlons pas non plus des docteurs français ou étrangers qui, venant à Paris pour compléter leurs études, fréquentent nos cliniques en si grand nombre : tenons-nous à ce chiffre de 600 élèves. Or combien se fait-il d'accouchements, par an, dans le service de M. Depaul? Le professeur a donné à la Faculté, comme moyenne annuelle, le chiffre de 800 accouchements; mais un de ses anciens chefs de clinique, actuellement professeur agrégé, publie, de son côté, les nombres et renseignements suivants:

« *Nombre total des accouchements effectués à la Clinique*:

Année 1875	526	accouchements.
— 1876	542	—
— 1877	619	—
— 1878	561	—
— 1879	594	—
1880	583	—

« Il se fait donc, en moyenne, 571 accouchements par an.

« On pourrait croire que les élèves peuvent voir ces 571 accouchements, mais il n'en est rien.

« Les élèves ne peuvent venir à la Clinique avant 8 heures du matin, et on les prie de sortir à partir de 10 heures du soir ; les élèves sages-femmes restent seules, la nuit, dans l'établissement.

« Si nous cherchons combien de femmes accouchent à la Clinique, de 8 heures du matin à dix heures du soir, nous trouvons les chiffres suivants :

Année	Accouchements effectués de 8 h. du matin à 10 h. du soir.
1875	300
1876	305
1877	342
1878	301
1879	277
1880	318

« Ainsi, les 600 élèves ne peuvent voir, par an, que 407 accouchements en moyenne.

« Un demi accouchement par élève! voilà la vérité.

« Et ce n'est pas tout.

« Pour suivre un accouchement avec fruit, pour tudier ce grand acte physiologique, quelquefois pathologique, l'élève a besoin d'être guidé dans ses explorations, éclairé quant aux divers phénomènes qui se produisent.

« Qui le guide, qui l'éclaire, en dehors des heures de la visite ? »

Est-il donc vraiment bien étonnant, dirons-nous à notre tour, qu'un si grand nombre d'étudiants soient reçus docteurs, sans avoir jamais fait ou vu faire un accouchement, sans avoir jamais examiné une femme ? Au lieu d'accuser seulement la paresse des élèves, ne faut-il pas aussi conclure de notre étude que l'enseignement pratique de l'obstétrique à la Faculté de Paris est absolument insuffisant ? Comment alors qualifier cette phrase empruntée au discours de M. Depaul à la Faculté : « *Si cet enseignement ne rend pas plus de services, je ne crois pas qu'il soit juste de s'en prendre à son insuffisance, mais bien plutôt à la mollesse et à la paresse de beaucoup d'étudiants qui ne comprennent que plus tard l'importance de ces études et qui sont alors au regret de les avoir négligées.* »

Nous en appelons à tous nos confrères qui certainement ont dû, comme nous-même, avoir à lutter contre *l'insuffisance notoire* de l'enseignement obstétrical pratiqué à la Faculté ; il ne faut pas laisser passer, sans protester, une assertion aussi peu fondée sur la réalité, et dont le résultat le plus clair est d'arrêter les réformes le plus vivement réclamées par le corps médical tout entier ; car, en France, nous sommes toujours disposés à admettre que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Nous trouvons moins d'optimisme chez l'éminent Doyen de notre Faculté. Le poste élevé qu'il occupe si dignement, la largeur de ses vues et l'impartialité de son esprit le mettent tous les jours à même de bien connaître la réalité. Or voici, d'après le *Progrès médical*, les paroles qu'il a prononcées le jour de l'inauguration de la nouvelle Clinique d'accouchements, en présence du Directeur de l'Enseignement Supérieur :

« Nous recevons chaque année, environ six cents docteurs en médecine. Il est impossible qu'un aussi grand nombre d'aspirants au doctorat — auxquels il faudrait joindre les aspirants au titre d'officier de santé et nos élèves sages-femmes — puissent s'initier, dans un seul service de clinique, à la pratique des accouchements. Quels que soient les autres moyens proposés pour remédier à un état de choses aussi profondément regrettable, la nécessité s'imposera, un jour ou l'autre, de doter la Faculté de Médecine d'un second service de clinique obstétricale. *De toutes les chaires nouvelles que l'on puisse réclamer pour notre Fa-*

culté, c'est assurément, suivant moi, celle dont la création répondrait le mieux à un besoin urgent de l'enseignement médical professionnel.»

On reconnaît bien vite le langage d'un homme de progrès qui n'a, lui, aucun lien de parenté avec l'illustre docteur Pangloss.

Le doyen de la Faculté et le professeur de Clinique obstétricale ne sont donc pas d'accord : de quel côté est la vérité ? Lequel des deux paraît prendre le mieux et avec le plus d'impartialité les intérêts de l'enseignement médical ? — A vous de répondre, chers lecteurs, car si vous n'êtes pas nés dans le *Sérail*, du moins vous en connaissez bien les *détours*.

*
* *

M. le *Secrétaire Perpétuel* a donné lecture à l'Académie d'une note adressée par M. *Pasteur* relativement à des expériences sur la *rage* faites en collaboration avec MM. *Chamberland, Roux et Thuillier*. Ces expérimentateurs ont, à diverses reprises, et souvent avec succès, inoculé le bulbe rachidien et même la portion frontale d'un des hémisphères et le liquide céphalo-rachidien. Dans ces conditions, la rage a eu les durées d'incubation habituelles.

Le siège du virus rabique n'est donc pas dans la salive seule. Le cerveau le contient, et on l'y trouve revêtu d'une virulence au moins égale à celle qu'il possède dans la salive des enragés.

M. Pasteur et ses collaborateurs sont arrivés à diminuer considérablement la durée d'incubation de la rage et à la communiquer à coup sûr. On arrive à ce double résultat par l'inoculation directe à la surface du cerveau, en ayant recours à la trépanation, et en se servant, comme matière inoculante, de la substance cérébrale d'un chien enragé, prélevée et inoculée à l'état de pureté.

Chez un chien inoculé dans ces conditions, les premiers symptômes de la rage apparaissent dans l'intervalle de quelques jours et la mort en moins de trois semaines. Aucune des inoculations ainsi faites n'a échoué : autant de trépanations et d'inoculations sur le cerveau, autant de cas de rage confirmée et rapidement développée. La rage a été tantôt la rage mue, tantôt la rage furieuse, c'est-à-dire la rage sous ses deux formes habituelles.

M. *Béchamp* a fait une longue communication sur les ferments et les fermentations de l'urine au point de vue physiologique et pathologique ; nous ne pouvons donner que les conclusions de ce travail :

1° Les germes atmosphériques ne peuvent pas pénétrer dans la vessie par le canal de l'urèthre, c'est anatomiquement impossible.

2° En supposant que, par le cathétérisme, des germes de ferments pénètrent dans la vessie, ils ne sont pas la cause de la fermentation ammoniacale de l'urine.

3° Sans nier, mais en affirmant l'existence des microzymas atmosphériques et leur aptitude à évoluer en bactéries, il est certain qu'ils ne sont pas la cause immédiate de la fermentation ammoniacale de l'urine.

4° Des bactéries peuvent exister dans l'urine ou la vessie, sans qu'elle y subisse la fermentation ammoniacale.

5° Lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, le phénomène est corrélatif de la lésion ou de l'état morbide de quelque partie de l'appareil urinaire ou d'un état diathésique, etc.

6° Le fait que l'urine peut être ammoniacale dans la vessie et que cet état est corrélatif de la présence d'infusoires, tend à démontrer qu'il y a lieu de distinguer fonctionnellement les microzymas, dans l'état de santé, des microzymas devenus morbides consécutivement à une altération quelconque de l'une des parties de l'appareil urinaire, ou à un état général caractérisé.

7° La zymase qui fait fermenter l'urée est le fruit de l'altération morbide de la fonction du microzyma, car tout ferment soluble est sécrété par quelque chose d'organisé, cellule ou microzyma.

8° Les ferments de la fermentation ammoniacale peuvent faire fermenter le sucre et la fécule.

9° Il y a une fermentation acide de l urine et les ferments de cette fermentation sont semblables à ceux de la fermentation ammoniacale. Ces ferments agissent aussi sur la fécule ou le sucre de canne.

10° On peut toujours, à l'aide de l'acide phénique ou de la créosote, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, empêcher l'évolution des microzymas de l'urine normale, et, par suite, son altération ammoniacale.

Election. — M. Desgranges (de Lyon) est élu membre correspondant national de l'Académie, dans la deuxième division.

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

Parallèle clinique des néphrites.

Il fut un temps — encore peu éloigné relativemen

— où les médecins qui se livraient à l'examen chimique des urines de leurs malades excitaient à la fois chez ceux-ci l'étonnement et chez beaucoup de leurs confrères un certain scepticisme dédaigneux. « Mon médecin soigne par les urines, » disait le client avec une nuance d'admiration ; — « Faiseur d'embarras, » pensait en lui-même le confrère ignorant avec une nuance de jalousie. Il a fallu un réel désir de résoudre plusieurs problèmes cliniques pour décider les premiers praticiens à cultiver l'urologie dans les villes et les campagnes. En effet, tandis que l'examen des urines depuis longtemps usuel dans les hôpitaux n'y rencontre aucune difficulté pratique, il n'est certainement pas agréable en clientèle de glisser dans ses poches, pour les analyser chez soi en rentrant, des échantillons d'urine contenus dans des fioles aux formes et aux dimensions les plus variées. Ces petits embarras journaliers ont entravé plus qu'on ne croit d'utiles progrès en médecine, la thermométrie par exemple.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, personne ne manque de rechercher le sucre et l'albumine dans l'urine dans tous les cas où on peut soupçonner leur présence, et grâce à ce soin, on diagnostique beaucoup plus souvent et surtout beaucoup plus rapidement que jadis les affections rénales. Mais si le diagnostic d'une néphrite s'impose au praticien, quant aux autres signes fournis par l'examen du malade s'ajoute la constatation de l'albuminurie, on sait que certaines formes de néphrites présentent un début insidieux, des symptômes larvés une albuminurie très-légère ou intermittente ; aussi est-il bon d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'une de ces formes, désormais bien connues au point de vue clinique, qui, après avoir été étudiées sous le nom de néphrite latente, répondent aujourd'hui à la dénomination courante de néphrite interstitielle.

I

Depuis l'année 1827 où l'illustre R. Bright montra que les hydropisies et l'albuminurie avaient pour cause des altérations spéciales de reins, et mérita ainsi d'attacher son nom à une maladie nouvelle, d'innombrables travaux, sans diminuer en rien la grandeur de son œuvre, sont venus l'élargir et révéler l'extrême complexité d'une question qui avait paru tout d'abord assez simple.

Il ne saurait entrer dans le plan de nos articles de suivre pas à pas les recherches anatomiques et cliniques qui sont inséparables des noms de Rayer, Martin-Solon, Kelsch, Charcot, Lécorché, Lancereaux, etc., pour ne parler que de la France.

Désireux de préciser seulement les résultats acquis, nous rappellerons qu'aujourd'hui deux doctrines divisent les pathologistes en matière de maladie de Bright. Tandis que pour les uns les altérations du rein trouvées à l'autopsie des brightiques correspondent aux phases successives d'un même processus morbide (doctrine de l'unicité), pour les autres aux diverses formes d'altérations rénales se rattachent pendant la vie, autant de groupes symptomatiques assez caractérisés pour qu'on puisse remonter du symptôme à la lésion (doctrine de la dualité ou de la multiplicité).

Le rein étant formé comme tous les organes, d'éléments actifs (les épithéliums) et de tissu conjonctif, suivant que les uns ou les autres sont atteints primitivement, on a admis, en général, des néphrites *parenchymateuses* ou *interstitielles*, dont la description a peut-être été présentée par beaucoup d'auteurs avec une rigueur trop schématique, car on a senti depuis quelques années la nécessité d'ouvrir le cadre nosologique à des formes *mixtes* qu'il était impossible de faire rentrer dans les divisions précédentes.

Avec M. le professeur Charcot (1) nous passerons rapidement en vue les quatre formes admises par lui dans la maladie de Bright, pour en retenir ensuite deux qui, par leurs caractères tranchés et les difficultés cliniques qu'elles soulèvent, méritent de fixer particulièrement l'attention des praticiens.

1re FORME. — Dont le type est la néphrite scarlatineuse; désignée suivant les auteurs par les noms de *néphrite albumineuse aiguë* (Rayer), *parenchymateuse aiguë, épithéliale aiguë* (Lancereaux). — Causes : influences combinées d'un poison morbide (scarlatine, fièvre récurrente, etc.). et du froid. — Evolution rapide (huit à quinze jours) ou subaiguë (deux à trois mois). — Symptômes : fièvre assez marquée ou apyrexie ; urines rares, troubles, sanguinolentes, contenant une forte proportion d'albumine, des cylindres hyalins et hématiques ; anasarque brusquement généralisée ou œdèmes localisés aux paupières, à la glotte, aux poumons. — Terminaison habituelle par guérison, assez fréquente par passage à une forme chronique, ou mort par urémie.

2e FORME. — *Néphrite parenchymateuse chronique* (Bartels), *parenchymateuse grave* (Lécorché), correspond au deuxième stade de la maladie de Bright pour ceux qui professent la doctrine de l'unité.

Causes : 1° Action lente du froid ou de l'humidité, 2° Influence des suppurations lentes, la phthisie caverneuse; 3° L'alcoolisme qui aurait été invoqué à tort.

Evolution en six mois ou un an. — L'anasarque est la règle ; les urines rares, foncées (couleur de bouillon), sont fortement albumineuses et contiennent de nombreux cylindres hyalins et granuleux. — L'urémie peut en être le résultat ; pourtant la mort qui est la règle tient souvent à quelque autre complication (accidents gangréneux, érysipèle). La lésion anatomique porte surtout et primitivement sur l'épithélium des canalicules contournés et l'aspect de l'organe malade lui a fait donner depuis Bright le nom de *gros rein blanc lisse*,

3e FORME. — *Néphrite interstitielle primitive* (Bartels) ; *proliférative primitive* (Lancereaux); *cirrhose rénale* (Stewart) — correspond comme lésion macroscopique à l'hypertrophie primitive du tissu conjonctif interposé aux canalicules, et à l'aspect macroscopique appelé *petit rein contracté granuleux*, ou encore au *rein sénile*, rein *goutteux* (de Todd) à cause de la fréquence de cette forme chez les vieillards et les goutteux; produite

(1) Cours de la Faculté, 1880, résumé par E. Brissaud.

aussi par le saturnisme, l'alcoolisme, elle est essentiellement chronique et insidieuse, si bien qu'elle a été longtemps connue sous le nom de néphrite latente. Les caractères principaux sur lesquels nous insisterons tout à l'heure sont la polyurie, la rareté de l'albuminurie et de l'œdème, l'hypertrophie cardiaque, la fréquence des hémorrhagies et de l'urémie.

4e FORME; simple complication des formes précédentes pour quelques-uns, forme autonome pour d'autres, c'est la *dégénération amyloïde*, *cireuse* (Stewart), *lardacée* (Dickinson), *leucomatose rénale* (Lancereaux), elle reconnaît pour causes les longues suppurations, la scrofule, la syphilis, la tuberculose pulmonaire; elle coïncide avec des lésions analogues du foie, de la rate, de l'intestin, lésions qui portent sur les vaisseaux et sont caractérisées par le dépôt d'une snbstance se colorant par l'action successive de l'iode et de l'acide sulfurique en vert, bleu, violet et finalement rouge-brun. — L'évolution en est lente, avec œdème peu prononcé, urémie exceptionnelle; les urines à caractères variables ne renferment pas de cylindres spécifiques; on n'observe ni hypertrophie cardiaque, ni lésions rétiniennes.

Enfin les formes *mixtes* ou de transition résultent de la combinaison des formes primitives.

De ce rapide exposé, nous ne voulons retenir aujourd'hui que deux grands processus cliniques afin de les opposer l'un à l'autre au double point de vue du diagnostic et des complications: ce sont la deuxième et la troisième forme que l'on désigne journellement dans la pratique sous les noms de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle.

II

Symptômes principaux et diagnostic de la néphrite parenchymateuse.

M. H. Rendu (1) a insisté sur la variabilité du phénomène initial qui attire l'attention. Tandis que, parfois, des douleurs lombaires, sourdes, sont prises pour un lombago subaigu, d'autres fois une toux persistante, une gêne de la respiration disproportionnée aux signes stéthoscopiques, ou des troubles visuels, une céphalée ou une insomnie rebelle, font admettre la possibilité d'une maladie rénale au début et conduisent à examiner les urines où l'action des réactifs habituels décèle un précipité albumineux. On a pu être frappé par le faciès pâle et fatigué des malades, leur essoufflement facile, les troubles de l'appétit, et une insuffisance de la fonction cutanée qui donne à la peau une sécheresse spéciale.

Mais voici que l'apparition de l'hydropisie et de la bouffissure des téguments vient affirmer le diagnostic; l'œdème d'abord circonscrit aux paupières, fugace, visible seulement le matin de telle sorte que le malade a de la peine à ouvrir les yeux à son réveil, l'œdème se généralise à tout le tissu cellulaire sous-cutané, et devient de l'anasarque. La sérosité transsude dans les séreuses, plèvre, péritoine, péricarde, synoviales articulaires; elle envahit le tissu même des viscères et en premier lieu du ponmon, prédisposé à l'infiltration par sa structure spongieuse. Dès lors la maladie complètement établie est caractérisée par trois groupes de symptômes fondamentaux: modifications de l'urine, hydropisie, altération du sang, à chacun desquels revient une part variable, mais constante, dans le tableau morbide.

Modifications de l'urine. — Mal connues à la période initiale, puisqu'alors on n'a pas occasion de les observer, elles consistent en général à la période d'état en une diminution de la sécrétion journalière, qui oscille entre 900 et 1,100 grammes. La coloration est plutôt foncée que claire, l'aspect louche et mousseux; la densité généralement inférieure à la normale. Au point de vue de la composition, l'albumine dont la présence est constante oscille le plus ordinairement entre 5 et 8 grammes par litre.

Les sels sont constamment diminués, ainsi que l'urée, l'acide urique, les matières extractives; la diminution de l'urée surtout est frappante puisque le chiffre physiologique de 20 à 30 grammes peut s'abaisser jusqu'à 2 à 6 grammes.

Hydropisie. — Ce symptôme dépend de causes multiples; on a invoqué d'une part les altérations du sang, qui consistent en une rétention d'eau avec désalbuminémie (théorie humorale) à laquelle il faut joindre, d'autre part, l'influence de troubles circulatoires résultant d'une insuffisance cardiaque ou d'une dilatation des capillaires ou des artérioles cutanées (théorie mécanique).

Cette hydropisie devient, dans certains cas par son siége spécial, la cause d'accidents immédiatement menaçants pour la vie; l'œdème du larynx par exemple, l'hydropéricarde ou un double épanchement pleural sont de redoutables complications.

Altération du sang. — Résultat de l'insuffisance de la dépuration urinaire, puisque l'urine, cette *lessive du corps* (Fourcroy), est sécrétée en quantité trop faible, l'état du sang consiste en un appauvrissemeut des matériaux du plasma avec destruction des globules. Un grand tiers des éléments salins du sérum disparaît, remplacé par de l'eau; l'albumine, la globuline diminuent dans des proportions considérables; l'hémoglobine, matière colorante, se détruit rapidement et les globules sont de moins en moins nombreux.

Les conséquences de ces altérations du liquide sanguin sont la langueur de la nutrition, la perte croissante des forces, l'amaigrissement incomplètement masqué par la bouffissure des téguments, la pâleur cachectique. Le pouls devient mou et dépressible, les battements du cœur sourds et obscurs. La vitalité des tissus, devenue insuffisante, explique la fréquence des complications inflammatoires à allures bâtardes et à tendances gangréneuses. Les plus fréquentes sont du côté de l'appareil pulmonaire (les bronchites, pneumonies et pleurésies); du péricarde, des méninges, des téguments (furoncles, ecthyma qui deviennent le point de départ d'érysipèles); du côté du tube digestif, une gastrite folliculeuse; du côté de l'appareil visuel, une rétinite qui, après avoir débuté par l'infiltration séreuse du nerf optique et de sa gaine, s'accompagne d'exsudats fi-

(1) Thèse d'agrégation, 1878.

brineux sous forme de plaques blanchâtres de la papille visibles à l'ophthalmoscope.

Les inflammations torpides dont nous venons de parler s'annoncent rarement par une réaction fébrile de quelque importance; les signes fonctionnels et locaux sont mal accusés; et l'aggravation sensible de l'état général trahit seul l'apparition de la complication.

Enfin ces inflammations entrent rarement en résolution et se terminent assez souvent par la gangrène, comme chez les dibétiques. C'est ainsi que les éraillures produites par la distension extrême des téguments œdématiés s'entourent de marbrures violacées, puis noirâtres ; la mortification s'étend de proche en proche, et s'il survient avec cela quelque érysipèle, le malade ne tarde pas à succomber.

III.

Symptômes et diagnostic de la néphrite interstitielle.

Rien n'est plus insidieux que le début de cette affection ; aussi passe-t-il toujours inaperçu du malade et du médecin. C'est une maladie qu'il *faut chercher*, comme on l'a dit de la péricardite, et elle mérite justement le nom de néphrite latente sous lequel elle a d'abord été décrite.

M. Lancereaux admet dans son évolution trois périodes : 1. Un stade préalbuminurique ; 2. Un stade albuminurique ; 3. Un stade urémique. Ce dernier, aboutissant commun de la plupart des néphrites, et qui fera l'objet d'un prochain article, peut être arrivé avant qu'on ait diagnostiqué la maladie. Les deux premiers sont du plus haut intérêt.

Rien n'est variable comme le premier fait qui attire l'attention du médecin sur la possibilité d'une néphrite interstitielle, et nous allons montrer, en passant en revue les différents modes de début, combien d'erreurs de diagnostic peuvent être faites.

Voici un goutteux qui se plaint d'être sujet à la migraine; rien d'étonnant au premier abord; chacun sait que la migraine est l'apanage des personnes atteintes de la diathèse goutteuse. Pourtant il faut regarder les choses de près; sans doute ce malade a mal à la tête et vomit de temps en temps, mais il ne présente pas les caractères nets d'une migraine franche, périodicité, bonne santé dans l'intervalle des accès, et au moment de ceux-ci, hémicranie, photophobie, vertiges, troubles vaso-moteurs de la face, état nauséeux aboutissant enfin à des vomissements qui terminent l'attaque et sont le signal du retour complet à la santé. Chez le malade auquel je faisais allusion, nous ne trouvons pas ce syndrôme nettement caractérisé; ce sont de *fausses migraines* qu'il a; c'est de la céphalée urémique, des vomissements de même ordre; en un mot nous ne sommes pas en face d'un goutteux avec migraine, mais d'un goutteux avec néphrite.

La dyspepsie est fréquente aussi sans doute chez les goutteux, mais prenons garde néanmoins à ces troubles gastro-intestinaux (inappétence, vomissements, diarrhée fréquente), qui sont parfois l'indice d'une néphrite. Défions-nous de l'embarras gastrique persistant, accompagné de vives douleurs de tête, dont ne triomphent pas les éméto-cathartiques, ou qui récidive trop souvent.

Chez le vieillard la fréquence des vomissements, la pâleur et la perte des forces peuvent faire croire à un cancer latent de l'estomac; non, ce sont ses reins qui sont malades.

Combien d'autres hypothèses peuvent être agitées ! Une céphalée frontale, surtout nocturne, va simuler la céphalée syphilitique; des douleurs sur le trajet des nerfs, au niveau des articulations, dans les masses musculaires seront considérées comme névralgiques ou rhumatismales.

Les palpitations font songer à une affection cardiaque; les envies fréquentes d'uriner pendant la nuit, à une maladie de la vessie ou de la prostate ; la pâleur, la perte des forces, la toux, à une tuberculose commençante; les attaques de dyspnée, sans signes d'auscultation très marqués, à de l'asthme.

En résumé ce stade préalbuminurique de la néphrite interstitielle est un dédale pathologique dans les détours duquel on ne peut s'orienter qu'en ayant toujours présente à l'esprit l'hypothèse de cette affection et la nécessité de grouper, pour en tirer une conclusion définitive, les caractères suivants.

Disons d'abord que l'examen des urines peut ne révéler aucune trace d'albumine ; il est d'observation fréquente que l'albuminurie peut, dans cette forme de néphrite, n'apparaître qu'à des intervalles très-éloignés et en quantité presque insignifiante; c'est un des traits distinctifs d'avec la néphrite parenchymateuse où la présence de l'albumine est constante.

Nous avons déjà parlé de la polyurie surtout nocturne ; les malades émettent de deux à cinq litres d'urine pâle limpide, d'une densité très-faible; les sels, notamment le chlorure de sodium, sont diminués, l'urée et l'acide urique aussi; on a noté encore le défaut de passage de substances odorantes, (telles que la térébenthine) qui s'éliminent normalement par la voie rénale.

A la polyurie se joint, comme symptôme fondamental, *l'hypertrophie cardiaque*, portant surtout sur le cœur gauche et non accompagnée de souffles révélateurs de lésions valvulaires. Cette hypertrophie sur laquelle a insisté Traube, se révèle par l'abaissement de la pointe, l'étendue de la matité précordiale, la tension du pouls artériel qui est bondissant et incompressible; enfin par des signes d'auscultation : l'un d'eux est le renforcement du second bruit, l'autre a été désigné par M. Potain sous le nom de *bruit de galop* : il est caractérisé par l'addition d'un bruit présystolique, assez sourd, perceptible quelquefois autant à la main appliquée sur la région précordiale qu'à l'oreille. Ce rhythme se distingue du dédoublement du premier bruit, en ce que le bruit surajouté est perceptible avant le bruit systolique et est moins fort que lui, tandis que le bruit surajouté dans le dédoublement succède au bruit systolique.

L'explication de cette hypertrophie du cœur gauche a donné lieu à de nombreuses théories. Traube pensait qu'elle résultait de la tension ar-

térielle causée par l'atrophie du rein; M. Potain croît que l'excès de la tension artérielle a pour cause la résistance exagérée que le sang trouve dans les capillaires, cette exagération de la résistance des capillaires pouvant être attribuée :

1° A un excès de tonicité déterminé par une action réflexe dont le rein serait le point de départ, ou provoqué directement par l'influence excitante d'un sang mal dépuré;

2° A un épaississement phlegmasique de la paroi vasculaire que produirait cette même influence prolongée ou qui, partie du rein, se généraliserait à tout le système artériel.

Enfin on pourrait admettre l'opinion de Gull et Sutton pour lesquels la maladie peut être primitivement vasculaire et affecter d'emblée l'ensemble du système artériel. Ce serait une véritable *diathèse fibroïde*, suivant leur expression ; récemment M. H. Martin (1) vient d'apporter une confirmation anatomique de cette vue de l'esprit, en faisant connaître une endartérite oblitérante généralisée et progressive qui, pouvant débuter par tel ou tel organe de l'économie, tiendrait sous sa dépendance, par l'ischémie qu'elle y détermine, les scléroses viscérales.

On aurait ainsi l'explication de ces cas dans lesquels les symptômes cardiaques semblent nettement précéder la polyurie et ouvrent la scène pour ainsi dire de manière à imposer le diagnostic d'affection cardiaque primitive ; aussi a-t-on pu formuler que « *la néphrite interstitielle avant d'être une maladie des reins est une maladie du système artériel.* » (Huchard).

L'hypertrophie cardiaque contribue à dissimuler la lésion rénale en compensant et en en masquant les effets; l'urine continuant à être sécrétée, l'urémie est retardée. Mais que l'équilibre entre le cœur et le rein vienne à se rompre, soit parce que des émotions troublent l'innervation cardiaque soit parce que la fibre cardiaque dégénère, l'élimination rénale deviendra insuffisante et l'urémie éclatera inévitablement.

L'hypertrophie cardiaque, jointe aux lésions artérielles généralisées, explique encore la fréquence toute spéciale des hémorrhagies qui viennent compliquer la néphrite interstitielle. Ces accidents sont parfois très précoces; l'apoplexie cérébrale par exemple, ainsi que Bright l'avait déjà vu, est à redouter et elle peut foudroyer d'emblée un sujet chez lequel rien n'avait encore fait soupçonner une maladie rénale latente.

Les autres hémorrhagies sont l'hémorrhagie rétinienne, les hémoptysies et les épistaxis, celles-ci moins fréquentes que dans les affections du foie, par exemple.

Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans la description des accidents du stade urémique; car s'il est l'inévitable terminaison de la néphrite interstitielle, il peut également apparaître dans toute affection rénale, et comme tel, nous l'examinerons en détail dans le prochain article avec le traitement. Mais avant de terminer et, pour résumer d'une manière saisissante le parallèle imparfait que nous venons de tenter, nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter à une remarquable étude de M. H. Huchard (1) le tableau suivant :

Néphrite parenchymateuse.	Néphrite interstitielle.
1° lésions intéressant la substance canaliculaire.	1° Lésions intéressant le tissu conjonctif intercanaliculaire.
2° Souvent maladie de l'enfance, assez fréquente jusqu'à 40 ans, relativement rare dans la vieillesse. — Parmi les causes principales il faut citer : refroidissement, excès alcooliques, exanthèmes fébriles (scarlatine), rhumatisme, goutte, cachexie palustre, grossesse, saturnisme, quelquefois néphrite interstitielle.	2° Le plus souvent maladie de l'adulte, fréquente chez les vieillards, très rare chez l'enfant. — succède aux affections rénales (tumeurs, calculs, mal de Bright) à l'inflammation du tissu cellulaire périnéphrétique, du péritoine ; aux maladies chroniques des voies d'excrétion de l'urine, à la rétention d'urine.... aux affections du cœur gauche, à la goutte, à la variole (Bar), à l'athérome artériel (sénilité, alcoolisme, saturnisme).
3° Début moins lent, dans tous les cas ordinairement faciles à reconnaître.	3° Début très lent, insidieux.
4° Urine rare, souvent sanglante ; parfois nulle, renfermant plus ou moins d'albumine et des cylindres épithéliaux et fibrineux.	4° Urine abondante (polyurie néphrétique), claire, incolore, ne renfermant que peu ou point d'albumine; point de cylindres épithéliaux ou fibrineux.
5° Hémorrhagies exceptionnelles, sauf l'hématurie qui est un accident tout à fait local : — œdèmes fréquents, souvent généralisés. — Hydropisies des cavités séreuses (plèvres, péricarde) — inflammations plus communes — Hypertrophie du cœur plus rare.	5° Complications hémorrhagiques fréquentes (hémorrhagies cérébrales, pulmonaires, rétiniennes, nasales. — Souvent absence d'anasarque ou même d'œdème partiel; absence presque absolue d'hydropisie des cavités séreuses — inflammations moins communes, sauf la péricardite et la bronchite — hypertrophie cardiaque extrêmement fréquente.
6° Urémie moins fréquente. Forme convulsive plus commune.	6° Urémie beaucoup plus fréquente, — forme comateuse plus commune.
7° Marche moins lente, durée moins longue.	7° Marche très lente, insidieuse; durée de plusieurs années : 10, 15 et 20 ans (Dickinson).

PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉVISION DU TARIF DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX

(Deuxième lettre) (2)

Avant d'aller plus loin, nous tenons à dissiper toute équivoque sur le mobile de nos revendications. Il ne s'agit pas de bouleverser le budget de la justice et d'y introduire brusquement des réclammations trop difficiles à satisfaire. Nous savons bien que l'exercice de la médecine légale ne saurait jamais être une voie qui conduit à la fortune ;

(1) Revue mensuelle de médecine, mai 1881.

(1) Union médicale, 1874, T. 18 . p. 124.

(2) Voir *Concours médical* no 19.

tout ce que le médecin peut légitimement en espérer, en dehors de l'honneur incontestable d'être un de ses mandataires les plus précieux et les plus délicats, c'est de ne la trouver jamais, dans ses intérêts matériels, nuisible ou trop onéreuse. Mais tout en renonçant à des aspirations prématurées ou à une ambition déraisonnable, nous déclarons en même temps que, « puisque le médecin, pas plus que d'autres, ne vit et ne fait vivre les siens d'honneur seulement ou de vaine renommée, il ne lui est pas moralement permis de laisser par faiblesse, déprécier la rémunération de son travail ou amoindrir sans raison le pain de sa famille; il ne saurait devenir volontairement victime de son dévouement: aussi l'indemnité médico-légale doit-elle être honorablement compensatrice et non point misérable ou même inacceptable par son exiguité ou sa mesquinerie. »

Ces prémisses une fois posées, nous avons maintenant à dresser en quelque sorte l'inventaire du tarif des frais judiciaires, en ce qui touche les médecins, à en interroger tous les détails, à en peser toutes les conséquences, à approuver ou à blâmer les mesures qu'il édicte, et à esquisser le plan des réformes qu'il est urgent de lui imprimer.

A. — Examinons d'abord l'*article* 17. — 1° Nous reprocherons d'abord à cet article d'englober dans un même honorarium, 3 opérations parfaitement distinctes l'une de l'autre : la visite, le rapport et le premier pansement, et de leur assigner une valeur immuable au lieu d'un prix qui devrait varier selon les circonstances. Quant à la quotité de l'honorarium, son injustice n'est plus à démontrer. Il suffit de mettre en regard les difficultés de certains actes médico-légaux et la délicatesse des études qu'ils suscitent (toujours compris, bien entendu, la prestation de serment, la visite fatalement accompagnée du rapport, lequel conduit le plus souvent aux ennuis et aux effroyables dépenses de temps de la Cour d'assises), et le chiffre de la rémunération, pour être frappé du disparate choquant qui existe entre ce qu'on demande au médecin et ce qu'on lui donne en échange.

Comment ! Tandis que toutes choses sont modifiées depuis 1811, tandis que, dans l'ordre judiciaire, l'initiative libérale du ministre s'est appliquée à améliorer toutes les conditions, aucun changement n'a été apporté à la modicité des honoraires alloués aux mandataires médicaux de la Justice? Que le fisc déclare que 3 fr. en 1881 représentent la même valeur monétaire qu'en 1811 et la question sera tranchée ; nous cesserons de récriminer ; mais comme les exigences sociales se sont largement développées, comme l'argent a singulièrement changé de valeur, il en résulte une fois de plus que le tarif a besoin d'être remanié de manière à se trouver en harmonie avec l'accroissement subi par les salaires en général, et avec la situation économique de notre époque. De plus les moyens d'investigation se sont perfectionnés, les recherches médico-légales sont devenues plus compliquées de nos jours, plus longues et plus difficiles, le travail est plus laborieux, plus considérable, la rémunération ne saurait être moindre ; et c'est l'amoindrir que de l'immobiliser, en la conservant en 1881 ce qu'elle était en 1811.

Il y a encore lieu d'amender cet article à l'endroit du premier pansement, ainsi que M. Devergie l'avait déjà réclamé. Qu'est-ce exactement que le premier pansement? Quelle est la limite entre le pansement d'urgence, un pansement tellement provisoire qu'il mérite à peine cette dénomination, et le pansement qui devient une opération plus difficile que la simple visite? La loi n'est nullement explicite à cet égard et perpétue une incertitude qui est la source de contestations incessantes dans le règlement des honoraires judiciaires; nous désirons, en conséquence, qu'elle précise mieux les conditions et les bases du tarif sur ce point, afin qu'on puisse établir équitablement la taxe, selon les particularités de chaque cas.

Enfin il nous paraît injuste, contrairement à l'opinion soutenue par notre éminent confrère, M. Pénard, d'admettre des degrés dans la quotité de l'honorarium, entre les grandes villes et les communes de faible importance. Puisque le tarif ne tient pas compte des qualités personnelles ni de la position scientifique de l'expert, nous ne comprenons pas qu'il établisse une gradation basée sur les différences de milieu, sur le nombre de la population ; car s'il doit y avoir une égale répartition des honoraires, elle devrait ce nous semble, être tournée au profit du médecin des petites localités dénuées de toute ressource et où le mandat médico-légal est incontestablement plus pénible et plus ardu que dans les grands centres dans lesquels abondent des facilités de toute sorte.

2° Vient ensuite l'honoraire de l'*Autopsie* et de l'opération plus difficile que la simple visite. « L'autopsie, dit M. Pénard (1) n'est pas seulement une opération dégoûtante toujours, et dangereuse quelquefois; elle est encore un préjudice aux intérets matériels du médecin : quels que soient les soins hygiéniques qu'il prenne et les ablutions désinfectantes qu'il fasse, ses vêtements s'imprègnent d'une odeur caractéristique qui révolte tous les odorats, et c'est à ce point qu'un médecin qui ferait des autopsies tous les jours verrait bientôt la clientèle se détourner de lui. » Il convient donc d'élever notablement l'indemnité qui lui est attribuée par le décret du 18 juin 1811, et de lui appliquer même un taux spécial, un droit fixe supplémentaire. Nous repoussons encore ici l'inégalité de l'honorarium de Paris aux petites villes. Pourquoi l'autopsie serait-elle plus rétribuée à Paris où se groupent et s'accumulent toutes sortes de moyens pour les opérations de ce genre : aide et concours d'auxiliaires intelligents et nombreux, arsenal approprié et toujours prêt, que dans un pauvre petit hameau, non seulement mal outillé, mais même dépourvu de toute espèce de ressource? Une autopsie à Paris prendra, au grand mot, 2 heures, en moyenne; au village, la journée sera perdue presque toute entière.

(1) Projet de réforme du tarif des frais judiciaires par M. Pénard, *in* Bulletin de la Société de médecine légale. T. V; p. 41.

(1) Loc. citat. p. 51.

En outre, les autopsies qui ont toutes même importance aux yeux de la justice qui les réclame, n'ont pas toutes même difficulté ou mêmes désagréments pour celui qui les exécute, « Il ne faudrait pas que le tarif quittât le chapitre des autopsies, sans se préoccuper plus spécialement de l'odieuse besogne des exhumations; l'honoraire de ce triste et dangereux cérémonial n'est pas nettement déterminé.... il serait donc juste que la loi édictât sur ce point une compensation convenable. »

Nous croyons, en effet, avec M. Pénard, qu'il serait nécessaire de constituer trois catégories :

1° Autopsie d'enfant nouveau-né;
2° Autopsie de tout autre cadavre;
2° Autopsie d'un cadavre après exhumation.

A chacune de ces catégories répondraient des allocations différentes, quant à la catégorie, mais égales de Paris à la plus simple commune.

2° Une autopsie de la 1re catégorie recevrait un honoraire de 10 fr.

2° Une autopsie de la 2e catégorie, 20 fr.

3° Une autopsie de la 3e catégorie, 30 fr.

(*à suivre*) Dr CARRIÈRE
de Saint-André-de-Valborgne (Gard).

II.

Les nouveaux décrets concernant l'exercice légal de la médecine sur nos frontières belge et luxembourgeoise.

Dans notre dernier numéro, notre confrère, le Dr Poujade, après avoir examiné et discuté l'utilité et l'importance de ces décrets, terminait son étude en souhaitant la dénonciation des deux conventions internationales. — Ses vœux seront-ils exaucés? Nous l'ignorons; en tout cas, nous sommes heureux de lui faire connaître, ainsi qu'à nos lecteurs, les deux documents suivants qui montrent que la question est agitée en haut lieu.

Paris, le 3 mai 1881.

J'ai l'honneur d'appeler toute l'attention de M. le Sous-Secrétaire d'Etat au ministère des affaires étrangères sur la situation créée par une convention conclue récemment avec le Luxembourg et la Belgique qui, ainsi qu'elle est actuellement interprétée, permet aux médecins belges :

De pénétrer fort avant sur le territoire français sans autre autorisation ;

D'y vendre des médicaments qui, contenant souvent du sucre et de l'alcool, frustrent ainsi le Trésor français. C'est de plus une grave concurrence faite, sans réciprocité possible, au médecin français, dépourvu, lui, de la faculté de vendre des médicaments là même où un étranger se livre à ce commerce.

Grâce à l'interprétation qui est faite actuellement de la convention nouvelle, des médecins belges ont installé leurs résidences sur la frontière de 5 en 5 kilomètres.

Les médecins français des pays limitrophes du Luxembourg et de la Belgique, plus intéressés sans doute que les autres à ce qu'une telle pratique ne soit pas plus longtemps tolérée à leur détriment, — mais mus aussi par un sentiment de justice et d'intérêt général, eu égard à la fraude au Trésor qui a touché les autres membres de l'Association générale des médecins de France, — ont fait émettre le *vœu* que ces faits soient signalés à M. le ministre des affaires étrangères et, par lui, au président du Conseil.

A l'unanimité des membres présents à l'Assemblée générale annuelle, le 24 avril 1881, — ce vœu, présenté et soutenu par des délégués des départements du Nord et de l'Est, a été accepté.

Représentant d'un de ces départements, je viens aussi l'appuyer à ce titre, convaincu qu'il est digne de l'attention sérieuse des ministres compétents.

Je remercie M. le Sous-Secrétaire d'Etat de l'intérêt qu'il voudra bien prendre à l'examen de cette question, et je le prie d'agréer l'hommage de ma haute considération.

Dr Henry LIOUVILLE.
Médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Vice-Président du Conseil général de la Meuse.

RÉPONSE.

Monsieur le Député et cher collègue, j'ai reçu la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser le 3 de ce mois, au sujet de certains abus auxquels donnerait lieu l'application des conventions conclues entre la France, la Belgique et le Grand-duché de Luxembourg, pour régler l'exercice de la médecine sur la frontière de ces Etats.

En vue des démarches qu'il y aurait lieu de faire auprès des Gouvernements belge et luxembourgeois, j'ai prié M. le ministre de l'intérieur de prescrire sur les points signalés dans votre communication une enquête administrative, — et vous pouvez être assuré, Monsieur le Député et cher collègue, que cette question ne sera pas perdue de vue par le département des affaires étrangères.

Recevez, Monsieur le Député et cher collègue, les assurances de ma haute considération.

Le député sous-secrétaire d'Etat,
Horace DE CHOISEUL.

III

L'AFFIRMATION DES CERTIFICATS

M. le Dr H. Marais, de Honfleur, nous soumet la question suivante :

« Existe-il une ordonnance quelconque enjoignant au médecin qui délivre un certificat de *se présenter*, dans certains cas, devant le juge de paix, pour affirmer ce certificat? D'article de loi il n'y en a point, et je demande en vertu de quoi les assignations adressées aux jurés portent cette mention :

« Les certificats délivrés par M. les médecins pour cause de maladie d'un juré appelé devront être affirmés devant le juge de paix du canton. »

« Il y a quelques jours j'ai dû me rendre au greffe du tribunal de paix pour *affirmer* devant le juge un certificat que j'avais délivré à un juré empêché par sa surdité. Le conseil judiciaire du *Concours* pourrait probablement trancher la question de légalité, et nos confrères la question *de fait*, c'est-

à-dire si le cas s'est présenté fréquemment pour eux.»

M. le Dr Marais dit qu'il n'y a point d'article de loi; nous allons lui en citer qui permettent de résoudre facilement la question.

Art. 397 du code d'instruction criminelle : « seront « exceptés (de l'amende) les jurés qui justifieront « qu'ils étaient dans l'impossibilité de se rendre au « jour indiqué. La Cour prononcera sur la validité de « l'excuse. »

Il suffit donc au juré de fournir une justification de l'impossibilité où il se trouve. Sous quelle forme cette justification sera-t-elle donnée? La loi ne le dit pas ; elle a d'autant moins besoin de le dire qu'elle en laisse l'appréciation à la Cour; mais nous trouvons dans le même code d'instruction criminelle une règle, qu'à raison de son analogie, nous pouvons appliquer au cas qui nous est soumis.

Lorsque des témoins cités devant le juge d'instruction ne peuvent comparaître, ce fait est, aux termes de l'art. 83 du code d'instruction criminelle, « constaté par le certificat d'un officier de « santé, que des témoins se trouvent dans l'im- « possibité de comparaître, etc., » Et si, d'après l'*art. 86 du même code*, le témoin n'était pas en réalité dans l'impossibilité de comparaître, le juge décernerait un mandat de depôt contre l'officier de santé qui aurait délivré le certificat.

Officier de santé est ici pris dans le sens le plus large et l'expression s'applique aux docteurs-médecins et chirurgiens.

Enfin l'art. 160 du code pénal dispose que :

« Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé « qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement « des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un « service public, sera puni d'un emprisonnement d'une « année au moins, et de trois ans au plus. »

La fonction de juré est un service public. L'art. 160 serait donc applicable.

D'autre part, si nous parcourions la liste des attributions des juges de paix, nous ne voyons nulle part que la loi les ait chargés de certifier les signatures des médecins.

Nous ne voyons pas non plus que les médecins (que la loi autorise à délivrer des certificats) soient tenus de les faire certifier par qui que ce soit.

De tous ces textes, il résulte clairement : que les médecins délivrent des certificats, sous leur propre et unique responsabilité, sans intervention d'aucune autorité.

Nous cherchons donc vainement la raison de l'obligation qu'on voudrait imposer aux médecins de faire attester par le juge de paix les certificats qu'ils délivrent, nous ne pouvons nous expliquer cette exigence aussi absurde qu'arbitraire. Si ce n'est pas cette manie qu'ont, en France, la plupart des fonctionnaires et des agents administratifs, de torturer les textes simples, clairs et précis des lois pour y substituer les petites fantaisies de leur mesquine imagination.

Si nous avions un conseil à donner aux membres du *Concours médical*, ce serait, en pareil cas, de délivrer le certificat en question, en se refusant énergiquement à le soumettre à aucune attestation, contrôle ou visa. Ce serait leur droit d'abord, ensuite une question de dignité professionnelle, et enfin, outre la résistance à l'arbitraire, une gêne et un embarras de moins.

Léonel Oudin.

Conseil judiciaire du *Concours médical.*

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

De l'otorrhée et de son traitement, par *le Dr Weil de Stuttgart*

L'auteur commence par faire remarquer que les otorrhées peuvent amener des méningites, des abcès du cerveau, des thromboses, de la pyohémie, etc., ces terminaisons fâcheuses ne sont pas fréquentes ; mais comme on ne peut pas les prévoir, il faut toujours soigner les otorrhées.

Jusqu'ici le traitement se bornait à des injections simples, astringentes ou antiseptiques; l'acide borique préconisé par Betzold l'emporte de beaucoup en efficacité sur cette médication. L'Otorrhée aiguë ou chronique est curable et quelquefois très rapidement par quelques applications de cet acide. On amène, autant que possible, le pus du fond vers le conduit auditif par le procédé de Politzer, (celui de Roustan conduirait au même résultat); ensuite on injecte dans l'oreille une solution salée faible et tiède, ou si l'on veut, une solution d'acide borique à 4 0/0 qu'on étanche avec des tampons d'ouate. S'il n'y a pas de polype, on remplit autant que possible l'oreille avec de l'acide borique en poudre fine à l'aide d'un appareil à insuffler des poudres ou avec un simple tuyau de plume, puis on ferme le conduit avec de la ouate. Cette poudre cause souvent des bourdonnements peu après son application. On recommence chaque fois que la poudre est devenue humide, ce qui ne peut guère se faire exactement que dans une clinique. La guérison est très-rapide, parfois il ne faut que quelques jours ; l'odeur se perd généralement, après la première fois; ordinairement il suffit en tout de trois ou quatre semaines. Dans quelques cas la sécrétion augmente et prend un caractère séreux.

L'acide borique n'a aucun effet, quand il y a carie, polype ou scrofule bien établie. Uni à l'alun, par portions égales, il détruit les petites végétations; s'il y en a de plus grandes, on doit les cautériser (galvano-cautère, chlorure ferrique, acide chromique), et enlever les granulations un peu importantes avec un fil métallique.

Politzer recommande l'alcool rectifié contre les polypes. Aussitôt qu'ils sont détruits, on doit employer l'acide borique qui est également très-bon contre l'otite externe. Contre l'eczéma humide de l'oreille, l'auteur emploie une pommade salicylée; cette médication serait très-efficace contre l'eczéma récent et même contre l'eczéma chronique. Il conclut en ces termes : les otorrhées sont surtout la conséquence des maladies infantiles, des catarrhes de l'arrière-gorge, de la diphtérite, du coryza, etc. Elles deviendront plus rares, quand, dans ces affections, on se décidera à mieux traiter et surveiller l'oreille et l'arrière-gorge.

Dans le traitement de l'otite moyenne, après la scarlatine et la rougeole, le point principal paraît être la perforation faite à temps, même quand on n'aperçoit pas de pus derrière le tympan.

Transfusion partielle chez un enfant de neuf mois et demi, *par le professeur Demme. (Hôpital des enfants de Berne).*

Le petit garçon dont il s'agit, issu d'un père très vigoureux et d'une mère débile, ne prit le sein que quatorze jours: son alimentation fut ensuite artificielle et se composa principalement de lait de vache, de lait condensé et de farine. A ce régime, il avait beaucoup dépéri; la première fois qu'on le visita, le poids était de 7,500 le tégument externe flasque et d'une pâleur transparente.

L'examen du sang donne de 92 à 100 globules rouges pour un blanc. Le mois suivant, l'enfant prit tous les jours un litre de lait de vache et deux bouillies faites de farine. Son poids augmenta jusqu'à 7.850; mais l'examen du sang ne donna plus, pour un globule blanc, que 80 à 90 globules colorés. Le mois d'après, l'amaigrissement et l'anémie ne faisant que croître malgré une nourriture riche et abondante, M. Demme entreprit le 30 mars une transfusion partielle avec le sang du père et à l'aide d'une simple seringue de Pravaz.

Après avoir fait gonfler les veines du pli du coude gauche par un bandage serré, on enfonça dans la médiane céphalique et on remplit de sang une seringue de Pravaz fermée hermétiquement et chauffée un peu au-dessus de la température normale. Pendant ce temps on avait fait paraître de la même façon le réseau veineux du pli du coude gauche chez l'enfant ; la pointe de la seringue pleine fut engagée dans la médiane de l'enfant et l'injection poussée à mesure que l'on relâchait la ligature. On évite naturellement avec soin l'introduction de l'air. Aucun accident n'ayant eu lieu, on fit la même opération sur l'autre bras trois jours après. Le père et l'enfant furent pansés avec un petit bandage de Lister maintenu 48 heures. Le résultat de ces deux transfusions fut excellent : huit jours après et avec la même nourriture le poids étant monté de 7,800 à 8,300 et le sang contenait de 100 à 115 globules colorés pour un globule incoloré. L'état général était très-satisfaisant.

Dans cette opération il est à noter : 1° qu'il n'en résulta aucun accident fâcheux, 2° qu'une demi-heure après il parut une certaine turgescence de la peau, de la face et des extrémités, 3° qu'il survint plus tard de l'agitation, des mouvements anxieux de la tête, une transpiration légère. La température avant l'opération était de 36,8 centigr., elle monta à 37,7 avant l'apparition de la sueur. L'enfant s'endormit ensuite d'un profond sommeil et il ne se présenta plus rien d'anormal.

De la valeur de l'inhalation des substances médicamenteuses, par *le Dr Gottstein de Breslau.*

L'auteur considère cette méthode comme douteuse et inutile. Malgré les assertions des partisans de l'inhalation d'après lesquels on peut introduire des solutions jusque dans la trachée et les gros rameaux de l'arbre bronchique, le but que l'on se propose de mettre une quantité active du médicament en contact avec les parties malades « stork » n'a pas été atteint une fois pour les parties supérieures des organes de la respiration. Le degré de concentration du médicament pulvérisé est incertain, difficile à calculer ; variable dans les différents appareils et par l'intensité du courant de vapeur; et si l'on ne s'en sert pas, il ne peut plus être question d'un dosage srupuleux « mickulicz ». L'efficacité des plus fines pulvérisations est tout aussi illusoire. Il paraît irrationnel, en outre, que le médicament ne se porte pas uniquement sur la partie malade; car il est impossible de protéger les parties saines.

Ces objections théoriques ne sont pas les seules à considérer ; au point de vue pratique, l'inhalation n'a pas tenu ce que les travaux des auteurs avaient promis. L'effet principal est obtenu par la vapeur d'eau chaude, les différents médicaments ne servent de rien. L'auteur n'admet pas l'inhalation dans les abcès du larynx, il ne croit pas à l'efficacité si vantée des substances antiseptiques (acide phénique, créosote, baume du Pérou). (Schmidt-Frankfort). Il précise les indications de la méthode:

« 1° Les inhalations de vapeur d'eau chargée de « sels peuvent etre utiles dans les cas de laryngite et de « bronchite aiguë où la sécrétion est amoindrie et dans « lesquels le malade se plaint de sécheresse et est tour- « menté par la toux; cependant je n'ai jamais remarqué « que la durée de la maladie en fut diminuée.

« 2° Dans cette forme particulière de laryngite, où la « secrétion, à cause de sa pauvreté en eau, a des ten- « dances à sécher dans le larynx et à former des croûtes « qui ne peuvent être enlevées par une vigoureuse expec- « toration, on peut, avant d'employer une médication « appropriée avec l'éponge ou le pinceau, et dans le but « d'enlever les sécrétions desséchées, prescrire des inha- « lations des solutions chlorurées de soude ou de potasse.

« 3° Dans tous les cas d'affections du larynx, des bron- « ches ou de la trachée, où, pour un motif quelconque, « le malade a de la peine à se débarrasser de la sé- « crétion.

« Les inhalations sont complétement inutiles dans « toutes les maladies du pharynx et doivent être rejetées « dans tous les cas où on peut agir d'une façon bien « plus précise et plus directe avec l'éponge, le pinceau, la « seringue ou un appareil à insuffler des poudres. »

L'inspiration de matières fluides est d'une efficacité incontestable, dans les affections putrides des bronches et du poumon et on peut considérer comme un progrès que l'on puisse, à l'aide de l'appareil de Bæschlin, faire des inhalations permanentes, et par ce moyen, appliquer une quantité considérable du médicament sur la muqueuse respiratoire. « (L'auteur ne mentionne pas les « appareils de Cusschmann, de Hausmann ; il n'indique « pas les boîtes à inhalations de Felshausch dont l'usage « a été si répandu par l'inventeur). » (1)

« Comme on le voit je pose des limites étroites à l'u- « sage des médicaments et des solutions pulvérisés. « Dans une pratique spéciale de près de vingt ans, j'ai « éprouvé a différentes reprises, la méthode des inhala- « tions, et chaque fois je pus voir que son efficacité se « limitait aux cas que j'ai cités plus haut. Le fait, que « cette méthode est si répandue parmi les praticiens ne « peut pas modifier ma façon de penser. Je vois arriver « une époque où les inhalations, de même que les garga- « rismes, ne seront plus que des adjuvants, et seulement « dans les cas ou les méthodes directes du traitement « local ne seront pas applicables. »

Extrait de la « Deutsche Médizinal-Zeitung. »

Dr Fischer.

(1) Cette parenthèse est de l'éditeur allemand.

COURRIER

Traitement de la diarrhée de Cochinchine.

Très honoré confrère,

Je vous serai très obligé de vouloir bien insérer dans un des prochains numéros du *Concours médical*, la note suivante, relative au traitement de la *diarrhée dite de Cochinchine*, par l'acide phénique et l'élixir parégorique. Ce mode de traitement, d'une maladie si souvent rebelle a été déjà indiqué par moi dans le *Courrier médical* du 4 mai 1878.

En vous priant de lui donner la publicité du *Concours*, je n'ai d'autre objet que de soumettre mes appréciations au contrôle de l'expérience des confrères qui voudront bien le mettre en pratique.

Dès le premier jour du traitement, je prescris :

Quatre litres de lait, pour tout aliment, pendant 24 heures et les deux potions suivantes :

1° potion avec :	acide phénique...	0.10
	glycérine	20.00
	Eau gommée....	120.00
2° potion avec :	Elixir parégorique..	20 gr.
	Eau gommée sucrée.	60 »

Ce même jour, j'ai soin de faire peser le malad- exactement, et voici comment : pesé d'abord ave- ses vêtements, il est ensuite reconduit à son liteﬁ mis à nu. Les vêtements sont alors pesés et l'on et en faisant la différence des deux pesées, le po a,f exact de l'homme nu. — Cette opération est renids velée tous les dix jours ; c'est le critérium de l'oeu cacité du traitement.

La potion à l'acide phénique est augmentée chaque jour de cinq centigr. ; nous arrivons ainsi à la dose de 0 gr. 50, dose maximum, que nous continuons pendant six à huit jours; après quoi, nous revenons par doses décroissantes et en diminuant chaque jour de 5 centigram., à la dose initiale de 0,10. Le plus souvent, le malade est complètement guéri avant que cette série décroissante soit épuisée.

L'alimentation doit être minutieusement surveillée. Aussitôt que le lait est digéré, c'est-à-dire que les selles sont devenues pâteuses, nous ne donnons plus que trois litres de lait par 24 heures, et nous ajoutons au régime un aliment léger, le matin, tel que crème de riz ou fécule au lait; — dans la journée, deux œufs frais à la coque ; — plus tard, un peu de blanc de poulet, mais pas de pain encore.

Lorsque les selles sont solides et moulées, nous essayons de remplacer le blanc de poulet par une autre viande blanche (veau, agneau), ou par un filet de poisson; — et nous accordons en même temps, à chaque repas, une mince tranche de pain grillé, un peu plus grosse qu'une pièce de 5 francs. Si cette tranche de pain est bien supportée, nous l'augmentons, petit à petit, et nous arrivons ainsi à donner à chaque repas, de 100 à 200 grammes de pain grillé. — Ici survient un moment difficile, celui où le malade essaye de boire du vin. Il arrive assez souvent que le vin n'est pas toléré; alors il faut revenir sur ses pas, et lorsqu'on aura regagné le terrain perdu (perdu quelquefois en une seule journée) essayer d'un petit verre d'eau sucrée, de Bagnols, de Malaga. Quand l'estomac aura accepté les vins doux pendant une dizaine de jours et sans que la digestion s'en trouve atteinte, on tentera à nouveau et cette fois avec succès, l'épreuve d'un bon vin rouge, de Provence ou de Bordeaux. Alors aussi les viandes blanches pourront céder la place aux viandes rouges, saignantes, de bœuf et de mouton.

C'est ainsi, et en procédant en quelque sorte pas à pas, que l'on peut espérer arriver à la guéririson complète de la diarrhée intertropicale, guérison démontrée par la nature des selles et contrôlée par la balance.

Il m'a semblé que l'usage de l'élixir parégorique avait pour effet de hâter la digestion du lait. Dès que des selles solides et moulées attestent l'assimilation parfaite de cet aliment, nous n'usons plus de l'élixir, dont la dose quotidienne a été réduite successivement à 15, 10 et 5 grammes.

La potion à l'acide phénique doit être prise par très-petites cuillerées ; ainsi fractionnée, elle est parfaitement supportée. Le seul inconvénient, — si inconvénient il y a, — que nous ayons entendu les malades lui attribuer, c'est la production d'une grande quantité de gaz intestinaux, mais sans maux de ventre, coliques ni tranchées, enfin sans aucune sensation douloureuse. Ce médicament que j'ai employé à titre d'antiseptique et de parasiticide (c'est dans les selles des diarrhéiques de Cochinchine que notre collègue et ami, le Dr Normand, a reconnu la présence de l'Anguillule stercorale), sans qu'il me soit possible cependant de dire si cette indication a été réellement remplie, — ce médicament m'a paru avoir pour effet, non pas tant de guérir plus vite, que d'augmenter les chances de durée de la guérison, d'assurer la fonction intestinale contre les récidives de la maladie; — surtout au moment difficile où il s'agit de remplacer dans le régime la viande blanche par la viande rouge.

Dans le cours du traitement et dès que la digestion produit des selles cohérentes, il convient de faire prendre, chaque semaine, un bain de propreté. Il n'est jamais inutile que la peau soit mise en état de remplir avec facilité ses fonctions d'émonctoire.

Il faudra recommander au malade de ne pas absorber du même coup une grande quantité de lait; au contraire, il devra ne prendre cet aliment que par petites tasses, un tiers ou une moitié de verre au plus. — Quant à sa qualité et à sa pureté, il faut s'en préoccuper à juste titre : le lait doit être pur, non mêlé d'eau non plus que de toute autre substance étrangère, non bouilli; provenir d'une vache saine, et bien nourrie et toujours du même animal.

Quel est, dans le traitement que je préconise, l'agent efficace? Les guérisons que j'ai vues survenir dans des cas très-graves étaient-elles dues au régime lacté plutôt qu'à l'acide phénique, ou à ce dernier plutôt qu'au régime, plutôt qu'à l'élixir parégorique? Il n'est pas facile d'établir, dans une médication mixte, la part d'action curative qui revient à chacun des agents mise en usage. Dans l'espèce, j'estime cependant que le régime lacté la doit être considéré comme l'élément essentiel et base de traitement. Quant aux moyens pharmaceutiques, sus-indiqués, il m'a paru que, intervenant chacun suivant un mode particulier et combinant leur action, ils contiennent des auxiliaires d'une efficacité non douteuse. Dr H. Rey

Membre du *Concours Médical*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Teinture contre la calvitie. — Rohe.

Savon vert...............	60 grammes.
Alcool....................	60 —
Essence de lavande.. de 20 à	30 gouttes.

Faites dissoudre et filtrez. — Le matin ou le soir, on étale sur la tête une ou deux cuillerées de cette teinture. On ajoute ensuite de l'eau, et on frictionne avec les doigts, de manière à produire une mousse abondante. Après une friction de quatre ou cinq minutes, on enlève tout le savon avec de l'eau chaude et on sèche complétement les cheveux en les essuyant avec une serviette douce. — Cette opération doit être répétée chaque jour, pendant trois ou quatre semaines. — N. G.

(*Union méd.*)

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

18 Juin 1881 — 3me Année. — No 25

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Pour rendre hommage à la mémoire de Littré, l'Académie de Médecine a levé la séance, en signe de deuil, aussitôt après avoir procédé à l'élection de M. Baudrimont, comme membre titulaire, dans la section de pharmacie.

Nous profiterons donc de la place que nous laissent aujourd'hui les débats académiques, pour rendre compte à nos lecteurs d'une séance musicale fort intéressante à laquelle nous avons eu le plaisir d'assister à l'hospice de la Salpêtrière.

Tout le monde connaît les frères Lionnet, ces deux vaillants artistes chez qui le cœur égale le talent : il n'est pas d'œuvre charitable à laquelle leur nom ne soit mêlé. Poussés par ce besoin insatiable de faire du bien qui est le fond de leur caractère, et connaissant d'ailleurs l'énorme puissance que la musique exerce sur le système nerveux, MM. Lionnet ont eu l'idée généreuse (c'est le cas de dire, avec Pascal, que les grandes pensées viennent du cœur) d'organiser un certain nombre de concerts dans les établissements, où l'on traite particulièrement les maladies mentales et nerveuses. C'est ainsi que nous avons déjà eu le plaisir de les rencontrer à Sainte-Anne, il y a deux ans. L'année dernière, c'était le tour des jeunes détenus de la Roquette, qui sont, eux aussi, des malades chez qui le cerveau est mal équilibré. Vendredi dernier la réunion avait lieu à la Salpêtrière : dans la grande salle où M. Charcot fait ses conférences et qui, pour la circonstance, avait été transformée en salle de concert, on avait réuni un grand nombre de malades, vieilles ou jeunes, hystériques, folles ou idiotes, choisies parmi celles qu'on avait jugées le plus capables de tirer profit du plaisir qu'on voulait leur offrir.

A huit heures du soir, ces messieurs sont arrivés, escortés d'un essaim d'artistes les plus distingués de l'Opéra, de l'Opéra-Comique et des Français, qui s'étaient empressés d'apporter leur concours dévoué à cette œuvre de bienfaisance. Citons leurs noms : ils ne seront pas déplacés dans un journal de médecine, puisque ces artistes ont bien voulu, pour un moment, accorder aux médecins leur précieuse collaboration : c'étaient mesdames Morlet, Baldy, Rosamond et Godard ; MM. Thomé, Lamotte et Uzès, accompagnateur. Les morceaux étaient tous choisis avec beaucoup de tact et d'à-propos. Il nous a semblé cependant que le chant et la déclamation avaient captivé les malades plus que les instruments. J'excepterai pourtant un morceau pour piano et violon, exécuté par l'auteur, M. Thomé, et par Mlle Godard : les malades ont fait bisser et avec quels éclats de joie ! Il est vrai que le morceau était bien joli, et nous adressons à l'auteur nos plus sincères félicitations ; mais il nous a semblé aussi qu'une bonne part du succès revenait au beau talent de Mlle Godard sur le violon : les malades suivaient des yeux tous ses mouvements et semblaient émerveillées de voir une pareille habileté chez une personne de leur sexe.

Parmi les artistes du chant, la plus goûtée a été Madame Morlet qui, d'ailleurs, avait fait, dans son répertoire, un choix tout particulièrement heureux pour la circonstance, et qui a chanté avec un talent véritablement supérieur. La Bourbon-

naise de la *Manon Lescaut* d'Auber a fait les délices des malades. On se rappelle que chaque strophe de ce morceau si gai, si brillant et si vif, se termine par un véritable bouquet de notes éclatantes et rapides qui font de ce refrain un long et joyeux éclat de rire. Il fallait voir la physionomie des malades (y compris les idiotes), lorsqu'elles sentaient venir le moment où l'artiste allait lancer les premiers éclats de sa voix harmonieuse : leurs yeux étaient fixés sur elle, leur bouche entr'ouverte esquissait déjà un sourire qui, bientôt, se changeait en un rire franc et joyeux, comme on n'en entend pas souvent, hélas ! dans l'enceinte de ces murs ! Quel spectable surprenant de voir ces malheureuses, pour qui la nature a été une marâtre si dure, et dont les visages mornes ou grimaçants ne semblent plus aptes à traduire les émotions douces et gracieuses, se laisser ainsi surprendre au charme d'une musique entraînante et d'une voix sympathique. Il y a donc encore dans ces organismes malades ou incomplets quelque corde capable de vibrer !

Dans un autre genre, Mlle Rosamond et MM. Lionnet ont obtenu aussi un grand succès ; leurs monologues spirituels, récités, et, on peut dire, joués avec le talent incontestable de ces artistes, nous ont parus être parfaitement saisis et goûtés, jusque dans leurs finesses, par l'auditoire qui ne laissait point passer un trait heureux, soulignait, par un léger murmure, les passages un peu piquants, et riait au bon moment.

La séance s'est terminée vers onze heures par une pantomime désopilante de Paul Legrand : *Pierrot nourrice*. Là encore il nous a semblé que les détails étaient parfaitement saisis, le jeu et les gestes parfaitement traduits par l'auditoire.

Certainement cette soirée marquera dans les annales de la Salpêtrière, où jamais on n'avait encore entendu résonner tant de cris joyeux. En voyant le résultat qu'ils avaient obtenu, les artistes ont dû être bien récompensés du mal qu'ils s'étaient donné : la meilleure récompense d'une bonne action n'est-elle pas, en effet, le plaisir que l'on éprouve à en contempler l'heureux succès ? Du reste, c'est là un plaisir dont les artistes sont coutumiers, ainsi que l'a fait remarquer fort à propos l'honorable Directeur général de l'assistance publique, M. Quentin, dans les quelques paroles émues qu'il leur a adressées pour les féliciter : « Il est parfaitement superflu, a-t-il dit, de remercier les artistes de leurs bonnes œuvres, eux que jamais les souffrances et le malheur ne trouvent insensibles : il ne se passe pas de jour où ils ne fassent quelque acte de bienfaisance. Non contents de fournir à l'assistance publique son plus beau revenu, le droit de pauvres, ils compatissent à toutes les infortunes et cherchent à soulager tous les malheureux. C'est l'honneur des Beaux-Arts, dans les temps modernes, de marcher toujours unis à la charité, et de montrer ainsi qu'ils ont avec elle une source commune, le cœur. » — Nous avons cité ces paroles, parce que nous devons nous y associer, comme hommes et comme citoyens ; mais comme médecins, nous devons doublement les applaudir, puisque, dans cette circonstance, c'est au profit des malades que la charité des artistes s'est exercée.

Pendant toute la soirée, la tenue de l'auditoire a été parfaite et n'a absolument rien laissé à désirer. On sent qu'il y a, dans cet établissement, d'excellents principes de discipline dont tout l'honneur doit, sans doute, revenir au directeur, l'honorable M. Lebas ; son administration, à la fois ferme et paternelle, a su imposer à tous le respect de la règle, et il a eu le grand mérite de s'entourer d'un personnel intelligent, actif et dévoué. Réunies un peu avant la séance dans la salle de la fête, les malades s'y livraient, pour la plupart, à des conversations animées, mais non bruyantes, qu'expliquefort bien l'attente, où elles étaient d'un plaisir si rare et qu'on leur avait annoncé longtemps à l'avance, comme une récompense qu'il fallait mériter. Dès que les artistes et les invités furent entrés dans la salle, ce bruit qui rappelait un peu celui d'une salle d'asile, mais d'une salle d'asile bien tenue, cessa, comme par enchantement, sur la simple intervention des surveillantes échelonnées sur les gradins, parmi les malades, comme de bonnes mères de famille au milieu de leurs enfants ; et je doute qu'il y ait un pensionnat de demoiselles un peu nombreux, où l'on puisse obtenir un silence aussi profond. Il est juste d'ajouter que, dans ce cas, la curiosité des *pensionnaires* était fortement captivée par l'examen des personnes qu'elles venaient de voir entrer ; mais enfin, cette bonne tenue ne s'est pas démentie un instant par la suite.

A la fin du concert, les artistes, devenus à leur tour spectateurs, ont assisté avec étonnement au défilé calme et silencieux des malades qui regagnaient en ordre leurs dortoirs. Puisque cette question de bonne tenue s'est présentée sous notre plume, nous ne voulons pas quitter la Salpêtrière, sans dire combien nous avons été frappé de la facilité avec laquelle les malades acceptent la discipline, de la douceur simple et ferme cependant avec laquelle les surveillantes la leur imposent. Ce serait vraiment une ingratitude de notre part

de ne pas signaler le plaisir que nous avons eu à considérer ces bonnes et franches figures de mères de famille, à admirer avec quelle simplicité naturelle ces honnêtes femmes remplissent leur devoir. C'est en contemplant ce spectacle tout à fait touchant que nous nous sommes pris à penser que, pour aimer et soigner les faibles et les malades, il n'était peut-être pas nécessaire de porter un habit de religieuse, mais qu'il suffisait d'avoir un cœur de femme !

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

MALADIES DES YEUX.

L'importance des études ophthalmologiques n'est plus à démontrer. Réduite tout d'abord, pendant de longs siècles, à l'énumération de milliers de topiques bizarres, de formules dictées par un empirisme grossier, et à la description de quelques opérations, l'ophthalmologie se borna longtemps encore, à la connaissance des lésions extérieures de l'œil, ophthalmies, maladies de l'iris et du cristallin. Puis, vient l'immortelle découverte d'*Helmholtz*, qui, brisant une barrière que personne n'avait pu franchir, rendit accessibles aux regards de l'observateur les parties profondes de l'œil. Aujourd'hui, grâce aux travaux de *de Grœfe*, de *Donders*, pour ne citer que les plus illustres, cette branche de la chirurgie peut être, jusqu'à un certain point et sans exagération, classée parmi les *sciences exactes*.

Cependant, l'enseignement officiel, en France, resta longtemps muet, et c'est à grand'peine et non sans tiraillements, que fut institué, d'abord un cours complémentaire, ensuite quelques chaires de clinique ophthalmologique dans les Facultés de médecine. Mais, depuis longtemps, l'enseignement libre, par la voix de maîtres illustres, disposant de vastes cliniques et d'un nombre considérable de malades, assure aux élèves un champ plus que suffisant d'étude et d'observation. Ces dernières années ont vu naître un certain nombre de revues, qui contribuent puissamment à propager les connaissances spéciales, sans parler de congrès périodiques, dans lesquels sont agitées les questions les plus importantes de l'ophthalmologie.

La génération actuelle des élèves trouve donc où puiser les connaissances exigées dans les examens et reconnues indispensables pour répondre aux besoins de la pratique courante. Mais, précédant cette génération, un grand nombre de nos confrères à qui on ne pouvait demander dans les examens ces mêmes connaissances qu'on ne leur avait pas enseignées, ont quitté l'école, sans pouvoir emporter autre chose que des notions incomplètes, quand elles n'étaient point erronées. Un jour ou l'autre, les malades viennent les consulter, qui, pour une *inflammation remontée dans les yeux*, qui, pour *ne plus y voir*, un troisième pour une *rougeur* des mêmes organes..., etc... Dans les grands centres, nul inconvénient : le client pourra être adressé à un spécialiste ; mais, à la campagne, dans la petite ville même, on demande souvent au médecin de soigner indifféremment toutes les maladies. D'un autre côté, il est des affections oculaires, qui, comme l'*ophthalmie des nouveau-nés* et l'*ophthalmie purulente*, en général, etc., etc., réclament ce que j'appellerai volontiers un traitement d'urgence ; dans ces cas, les temporisations et les demi-mesures peuvent faire des aveugles, tandis que des soins bien dirigés sont presque toujours récompensés par la guérison.

Si, nous plaçant au point de vue si important du diagnostic, nous envisageons les affections aussi multiples que variées qui ont pour siège les différentes parties de l'appareil de la vision, les unes, telles que les maladies des *membranes internes et des milieux* de l'œil, ne pourront être bien étudiées et reconnues qu'avec le secours de connaissances spéciales, de procédés d'exploration, et l'emploi d'instruments avec lesquels tous les praticiens ne sont pas, jusqu'à présent, du moins, suffisamment familiarisés ; les autres, et ce sont les plus nombreuses, telles que les maladies *des membranes externes et de quelques annexes* de l'œil, seront plus facilement diagnostiquées par un observateur attentif et minutieux, s'aidant de l'éclairage direct et latéral, d'un verre grossissant, et surtout de l'étude méthodique et raisonnée des ymptômes fonctionnels. Sans être tenu à la finesse de diagnostic et à l'habileté opératoire indispensables au spécialiste, tout praticien devra donc ne pas prendre une *iritis* ou une attaque de *glaucome aigu* pour une *conjonctivite* simple, compliquée de douleurs névralgiques intenses.

Même distinction à faire au point de vue du traitement qui est solidaire du diagnostic. En effet, si la part la plus large, et en même temps la plus brillante revient sans contredit au couteau, et à l'intervention chirurgicale en général, il n'en est pas moins vrai que nombre de malades doivent la conservation de leur vue à un traitement médical proprement dit, rationnellement institué et bien suivi. C'est ici le lieu de citer les lignes suivantes que j'emprunte à l'un de mes maîtres, M. de Wecker, dont j'ai eu l'honneur d'être un des assistants : « Il y aurait déjà un très grand bénéfice « pour l'humanité, à ce que tout médecin praticien pût soigner rationnellement les maladies « oculaires dont le traitement ne réclame aucune « intervention opérative..., on verrait sûrement, « dans un certain laps de temps, les asiles et les « maisons d'aveugles se dépeupler dans une forte « proportion... »

On le voit donc, à côté du spécialiste et au même niveau que lui, peut se placer tout médecin praticien observateur attentif et instruit. Les services rendus et les résultats obtenus seront égaux.

Je me propose donc, dans la limite de mes moyens, d'aider à atteindre ce but ceux de mes confrères qui n'ont pas embrassé la spécialité, ceux auxquels le temps manque souvent ; je veux leur éviter des recherches ou des lectures trop longues dans des traités savants et complets.

Laissant de côté tous les développements abstraits et les discussions scientifiques, pour m'en

tenir aux choses essentiellement pratiques, j'étudierai successivement dans une série d'articles et dans l'ordre habituel, parmi les affections oculaires, celles qui sont les plus fréquentes et que tout praticien peut et doit traiter. Avant de décrire une maladie, j'indiquerai dans leurs plus importants détails la structure anatomique et les fonctions de l'organe malade, et je rappellerai d'une façon concise la marche à suivre et les procédés d'exploration à mettre en usage pour examiner méthodiquement et régulièrement. Passant sous silence l'anatomie pathologique, j'insisterai sur les symptômes, les complications, pour arriver à la partie la plus importante, le *traitement*. Ici, je me garderai bien de mettre sous les yeux du lecteur l'interminable liste des fermules qui ne peuvent qu'embarrasser, pour m'en tenir aux remèdes qne l'expérience et le contrôle des années ont consacrés comme les plus efficaces. Dr S. BAUDRY.

Médecin-oculiste
du Bureau de Bienfaisance de Lille.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

RÉVISION DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX

(*Suite*)

B. — Passons, en second lieu, à la question des *vacations*. Nous avons à signaler à ce sujet une grave lacune et une funeste confusion. La loi semble ne reco naître que les vacations des experts chimistes, architectes, calligraphes, interprètes, et ne précise rien en ce qui concerne les vacations médicales. Ces dernières ont été sans doute dans la pensée première des législateurs, puisque l'en-tête du chapitre II de même que le texte de l'article 16, portent : les honoraires et vacations des médecins chirurgiens, etc., etc.; la stricte interprétation de l'*article* 22 qui s'occupe particulièrement des vacations, écarte les vacations médicales, et dans l'usage, d'ailleurs, il n'est resté que les honoraires : tant pour le rapport et la visite, dit M. Pénard, mais nulle vacation représentant le temps employé au rapport, que ce dernier soit une simple articulation des faits en 6 lignes, ou un mémoire de 15 pages, ceux par exemple qui détaillent les accidents de chemin de fer, rendent compte de faits compliqués d'aliénation mentale, ou décrivent les plaies et blessures d'une fournée de cadavres comme dans l'affaire Troppmann.

Ainsi, aux termes du tarif, le médecin légiste est reçu à mentionner son rapport et son opération, mais il n'a légalement aucun droit aux vacations, si ce n'est dans les cas restreints où il est employé en qualité d'*expert*, lorsqu'il est désigné pour une analyse chimique par exemple (Voir Trébuchet, Jurisprudence de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France, Paris, 1834, p. 347). Et cependant il est impossible de contester que dans la fonction de médecin légiste, il n'y ait ample matière à vacations : le médecin doit tout d'abord prêter serment entre les mains du magistrat qui le requiert, — premier dérangement ; — il est obligé de se transporter ensuite au lieu où il agira, c'est là un second dérangement. Il fait sa visite, ce qui signifie un examen intelligent et minutieux, et il revient chez lui pour réfléchir à l'affaire, et consacrer plus ou moins de temps à la confection de son rapport; puis il sera le plus souvent retenu ou appelé auprès du magistrat pour fournir des éclaircissements, des explications complémentaires. Et pour cette multiplicité de dérangements de tout ordre, le médecin n'a pas de vacations compensatrices, c'est l'honoraire de la visite, rapport et premier pansement s'il y a lieu, qui payera pour le tout! Que si un magistrat s'enhardit à accepter des vacations sur un mémoire d'honoraires judiciaires, il arrivera presque sûrement que le ministre ou la cour des comptes, après 2 ou 3 ans de digestion des honoraires, feront inexorablement rendre gorge à l'infortuné médecin.. Personne n'a oublié la plaisante aventure arrivée dernièrement à un de nos confrères de Dourdan, que *l'Union médicale* raconta en terme fort piquants et qui a eu les honneurs de la reproduction dans la plupart des organes de la presse médicale, (voir en particulier le *Concours médical* du 5 février 1881, p. 71.)

Quelquefois, il est vrai, la conscience et l'équité des magistrats s'ingénient à créer des droits aux vacations. Ainsi le Dr Bourguet, membre du *Concours Médical*, nous communiquait récemment un cas assez rare dans lequel il lui fut alloué par un magistrat de Rive-de-Gier, 3 vacations en sus des honoraires qu'il demandait pour 2 visites et rapport, en sorte qu'il a touché 15 fr. au lieu de 6 fr. qui lui revenaient, sans qu'aucune protestation fiscale soit intervenue. Cela est bien à un certain point de vue, et nous nous garderons bien de nous plaindre de la tolérance éclairée que manifestent certains magistrats dans l'application d'un tarif, dont ils n'ignorent pas les défauts, mais néanmoins c'est irrégulier, c'est incorrect, puisque dans l'état actuel des choses, les vacations sont admises ici et repoussées là. Or cette variabilité ne convient pas à la majesté de la loi, qui doit être impartiale et uniforme pour tous. Il importe donc de faire disparaître tous les points obscurs ou équivoques du Tarif, afin que dans tous les tribunaux, pour tous les magistrats, et pour tous les médecins légistes, son interprétation soit toujours facile, nette et précise, et partout la même.

Il faudrait, en un mot, que la vacation soit bien établie et clairement définie pour tout le monde de façon à ce que le médecin ne soit plus exposé à voir discuter hors de propos et marchander indignement les honoraires auxquels il a droit.

Qu'est-ce, en effet, qu'une vacation? C'est le temps que l'on met à faire une opération quelconque? L'unité de la vacation admise par la loi est de 3 heures. Que l'on fixe d'abord un prix convenable pour la vacation et qu'on l'applique ensuite à tous les actes médicaux sans exception. En adoptant ainsi le principe d'une rémunération proportionnelle basée, non pas sur la difficulté de la mission médico-légale, dont le critérium, mobile et instable, serait trop difficile à trouver, mais sur

la durée du temps nécessaire à son accomplissement, on supprimerait des inégalités et des inconvénients sans nombre et on arriverait, pour les appréciations fiscales à des déterminations plus rigoureuses et plus vraies. En prenant la vacation, c'est-à-dire l'estimation du temps employé, comme étalon de mesure, on aurait, si ce n'est un mode d'appréciation infaillible, au moins un instrument plus exact et plus judicieux. Resterait enfin, pour les opérations qui échappent par leur nature même au jaugeage par le système des vacations, à établir un honoraire supplémentaire et spécial comme nous l'avons déjà indiqué à propos des autopsies.

C. — L'article 25 est un des plus vicieux du Tarif, en ce qu'il fait à l'homme de l'art une situation contradictoire et très singulière. D'après cet article, en effet, l'homme de l'art, dès qu'il est appelé devant le juge d'instruction ou aux débats, à raison de ses déclarations, visites ou rapports, perd tout-à-coup son titre, bien qe'il conserve la fonction, et n'est plus considéré et traité que comme témoin. Et encore faut-il que, pour être payé comme un témoin, il requière taxe. Voilà donc un médecin qui, dans la même affaire, au cours de la même mission, passe du rôle d'expert, de médecin, à celui de témoin.

« N'est-il pas vrai, pourtant, que bon nombre d'entre nous, ayant eu l'honneur d'être cités à comparaître aux débats, ont quitté leurs affaires, leurs malades, leur domicile, ont peut-être franchi de grandes distances, ont été retenus pendant un temps quelquefois très long au Palais, ont dû exposer les questions scientifiques les plus délicates, discuter les problèmes cliniques les plus ardus; ont dû solder, avant de regagner leurs pénates, des notes d'hôtel dont le total n'offrait aucune analogie avec les chiffres qui figuraient dans le tarif des frais judiciaires, et, en fin de compte, ont reçu en échange de ces déplacements, de ces dérangements, de ces travaux, de ces déboursés, des allocations vraiment illusoires, s'ils n'ont préféré en faire hommage à l'Etat ou les abandonner à l'huissier de service. (1) »

Nous devons ajouter que sous l'influence des démarches réitérées et persistantes des représentants les plus autorisées du corps médical, de Devergie et surtout de Tardieu, agissant au nom de l'Association générale des médecins de France(2), parut le 7 décembre 1861, une importante décision du Garde des sceaux, qui autorise les médecins « appelés devant les Cours et tribunaux pour donner de explications sur leurs rapports et sur leurs travaux », à invoquer une assimilation avec l'expert, et à être taxés comme tel, d'où une légère et tout au moins une honorable augmentation de l'indemnité. Seulement, l'expérience le démontre, pour jouir du bénéfice de cette assimilation, le médecin peut avoir à la solliciter. Or « cette nécessité d'une réclamation, abstraction faite des obstacles matériels que celle-ci est susceptible de rencontrer, répugne à la dignité professionnelle.

Puisque le principe est établi, nous devons souhaiter que les magistrats nous l'appliquent « spontanément», et que la loi, par un texte formel, reconnaisse et consacre les caractères, le rôle et les priviléges de l'expert.

D. — *Les articles* 24, 43, 44 et 90, qui traitent des indemnités de déplacement, ne sont-ils pas également à transformer ? Les frais de transport, fixés à 2 fr. 50 par myriamètre, sont, dans la plupart des cas, complètement insuffisants.

E. — Une allocation impossible, intolérable, monstrueuse, par sa quotité est celle qu'attribuent les *articles 95 et 96*, aux experts, quand ils sont arrêtés dans le cours du voyage, par force majeure, ou lorsqu'ils sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fait l'instruction de la procédure, et qui n'est pas celle de leur résidence. N'est-il pas ironique d'allouer au médecin, pour une journée entièrement perdue, l'infime somme de 2 fr., soit même 2 fr. 50 pour celui des grandes villes, alors que pendant ce temps, ce même médecin, à fortiori, s'il est un praticien renommé, aura manqué un grand nombre de consultations et perdu peut-être l'occasion d'un accouchement ou de quelque autre opération importante qui lui auraient certainement rapporté une somme d'honoraires incomparables avec l'indemnité ridicule qui lui est octroyée !

(*A suivre*) Dr G. Carrière,
de St-André-de-Valborgne (Gard).

II

MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Troisième lettre (1).

En encourageant, en félicitant la fondation des Sociétés de *secours mutuels*, le gouvernement de tous les régimes n'a vu là qu'une institution féconde et généreuse, qui pouvait soulager bien des misères, dans la période active de la vie du travailleur, et devenir pour lui un secours éventuel au déclin de l'âge et même jusqu'au bord de la tombe. Aussi, pour remplir ce programme, pour donner satisfaction aux ouvriers laborieux et soucieux de l'avenir, il a imposé des statuts ou règlements à peu près identiques *aux sociétés* dans leur origine avant de les autoriser ou de les approuver, en leur laissant toute latitude pour la direction et l'organisation du service médical. Toutefois il paraît avoir été dans la pensée du législateur, d'attribuer au service médical et pharmaceutique, la moitié au moins de la cotisation annuelle versée par les sociétaires.

La profession médicale étant considérée comme essentiellement libérale, n'ayant aucun tarif spécial, (chacun exerçant la médecine à sa fantaisie, les uns avec largesse, les autres avec parcimonie, suivant les aptitudes et les besoins), il en est résulté que les sociétés ont dû profiter de cette latitude, pour défendre sérieusement leurs intérêts et obtenir, je dirai même, *imposer*, les conditions les plus onéreuses aux médecins, sans les consulter préalablement. Il s'est passé là, ce qui arrive

(1) Rapport du Dr Alph. *Jaumes*, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier, présenté à l'Association de Prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault, 1880, p. 8.

(2) Voir l'annuaire de l'Association, tome I.

(1) Voir *Conc. Méd.* numéros 15 et 21.

pour le bureau de bienfaisance, les administrations hospitalières, etc., qui votent une somme fixe et généralement insuffisante pour le médecin, avec l'assurance de toujours trouver preneur, à quelque prix que ce soit.

Ce n'est que depuis une quinzaine d'années que les réclamations des médecins ont pu aboutir dans quelques localités, et amener quelques modifications utiles à leurs intérêts. Au début, dans certaines sociétés, le rôle du médecin semblait se borner à des constatations de maladies ou d'accidents devant entraîner telle ou telle incapacité de travail (comme cela existe encore pour les compagnies d'assurances contre les accidents). Il n'était pas question de soins à donner ou d'opérations à exécuter.

Mais on a bien vite compris que la principale attraction, dans ces sociétés, résidait dans les soins médicaux et on a cherché à en assurer le bénéfice, non-seulement aux sociétaires, mais aux femmes, aux enfants et même aux *ascendants*.

Du moment que les médecins intéressés, entraînés sans doute par des excès de zèle, une ardeur inconsidérée, ou plutôt par des sentiments de bienfaisance, ne protestaient pas, les sociétés auraient un grand tort de ne pas se donner pleine satisfaction à ce sujet. C'est là la première phase des sociétés de secours mutuels avec traitement à forfait et par abonnement et fonctions privilégiées confiées seulement à quelques médecins désignés et choisis par les bureaux.

Ce n'est que plus tard, soit sur la demande des médecins eux-mêmes, soit sur les réclamations des sociétaires qu'un commencement de liberté a été donné aux malades pour le choix et la désignation des médecins qui avaient leur confiance. Presque partout où ces modifications sages et libérales ont été introduites, on a pu constater une légère augmentation des honoraires médicaux sans qu'il y ait eu, cependant, d'entente préalable entre les praticiens intéressés.

C'est ainsi que l'on voit les abonnements par famille ou par tête arriver graduellement de *deux francs* (chiffre minimum) à *cinq* et *six fr.* (chiffre maximum).

Quant au tarif de la visite, il va successivement de cinquante centimes à trois francs par visite. Quant au mode de contrôle de ces soins médicaux, il diffère essentiellement suivant les habitudes et les pays. Quelques sociétés (elles sont rares) laissent au médecin le soin d'établir son compte de visites ou d'opérations; les autres lui délivrent des bons de visites d'une valeur déterminée à l'avance; d'autres enfin laissent chez le malade une feuille que le médecin doit signer à chaque nouvelle visite.

Quel est le mode de procéder qui peut le mieux sauvegarder les intérêts des sociétés en garantissant l'indépendance du médecin !... Dans une question de ce genre, il me semble nécessaire de garantir les sociétés contre les exigences des malades et les excès de zèle des médecins.

Doit-on accepter les règlements de beaucoup de sociétés qui n'accordent aux malades qu'une visite par jour? Ou bien devra-t-on comme le demandent certains confrères n'aller voir le malade que sur les présentations d'un bon de visite? Est-ce au médecin traitant, ou est-ce à l'entourage du malade, *au bureau de la société* de décider chaque fois de l'*opportunité* d'une nouvelle visite? Il y a là une très grave question de règle de conduite qui a, ce me semble, une importance énorme au point de vue de la régularité et de l'esprit de suite des soins médicaux. Les visites demandées *d'urgence* et sur les présentations des bons, ont pour graves inconvénients de rendre le service médical beaucoup plus difficile et plus onéreux pour le médecin.

Je dis plus : ce système porte une grave atteinte aux finances des sociétés, car il amène presque toujours un certain nombre de médecins au chevet du malade et chacun *isolément* croit devoir faire une nouvelle ordonnance; bien heureux, quand cette succession de médecins, animés plus ou moins de l'esprit confraternel, n'amène pas des conflits ou des rapports aigres-doux qui deviennent des animosités sérieuses. Aussi pour éviter des désagréments, dans l'intérêt des malades, et de la bonne harmonie entre confrères, je soutiens qu'il est indispensable que la continuation des soins médicaux et l'opportunité de nouvelles visites doivent être laissées à l'appréciation du médecin sans aucune intervention du bureau des sociétés.

Toutefois je comprends que les sociétés dans un esprit d'ordre et d'économie, apportent quelques restrictions dans la distribution trop multipliée de ces visites. On peut dire d'une manière générale : dans une maladie aiguë, au-dessus de deux visites par jour il y a abus ou excès; dans une affection chronique une visite tous les deux jours suffit généralement.

Pour éviter toute discussion pénible à ce sujet, et pour donner satisfaction aux exigences de certains malades, rien n'empêcherait les sociétés qui voudraient prendre des garanties contre des exagérations de part ou d'autre, de décider que toute visite supplémentaire en dehors de celles qui se font régulièrement, serait payée directement et immédiatement par le malade ou la famille qui a fait réclamer le médecin. Il y aurait là une mesure d'ordre qui ne peut blesser ni les médecins ni les sociétaires.

Ces considérations m'amènent à mettre en parallèle les deux modes de paiement des médecins dans les sociétés de secours mutuels, c'est-à-dire le tarif par abonnement et le tarif à la visite. Quoique le premier système ait été condamné par un certain nombre de confrères, il continue néanmoins à être en faveur dans un très grand nombre de sociétés. Aussi, c'est pour cette raison que je me permettrai de le défendre, tout en reconnaissant que l'application en a été faite d'une manière très défectueuse dans bien des localités. Tout d'abord, je repousse de toutes mes forces l'abonnement avec monopole et exclusion des médecins exerçant dans le même rayon; c'est dire que je ne comprends que l'abonnement avec choix, au commencement de chaque année, autrement dit en conservant au malade sa liberté, et au médecin son indépendance. Dans ces conditions, cette tran-

saction peut donner toute sécurité aux sociétés et sauvegarder les intérêts des médecins, pourvu que le chiffre soit suffisant. Il a, sur le tarif à la visite, l'avantage d'établir entre le médecin et le sociétaire, des relations plus suivies, il peut donner au premier plus d'initiative et inspirer au second plus de reconnaissance pour l'assiduité et la continuité des soins qu'il reçoit. La grande question, la question essentielle, c'est que cet abonnement soit *personnel* et qu'il ne comprenne que le sociétaire, à l'exclusion de la femme et des enfants. Enfin, il est indispensable que le sociétaire ait son habitation dans un rayon très rapproché (un kilomètre au plus), car autrement, tout déplacement rendrait le service très onéreux, presque impossible.

En consultant les documents qui ont été publiés à ce sujet, et en tenant compte des évaluations fournies par l'enquête, nous voyons qu'en portant l'abonnement *à quatre francs* par tête, les visites se trouvent payées en moyenne *deux francs*, chiffre qui représente le prix *moyen* ou plutôt *minimum* adopté presque partout et surtout dans les villes petites ou grandes. En effet, il est établi dans le rapport de M. Bibard (de Pontoise), que l'abonnement à 5 francs par sociétaire portait la visite à deux francs quarante centimes; d'autre part nous voyons dans le dernier compte-rendu de la Société de l'industrie et du commerce à Paris, qu'il a été payée pour *dix mille membres* participants *quarante mille francs* d'honoraires aux médecins, soit quatre francs par tête. Enfin, je pourrais citer plusieurs autres preuves de la justesse de cette appréciation. Mais je me hâte d'ajouter que ce chiffre devient tout à fait insuffisant du moment qu'il y a des déplacements onéreux pour le médecin et qu'il serait difficilement praticable dans les campagnes. Il ne pourrait être accepté que pour une agglomération importante d'ouvriers demandant des visites à jour fixe. Encore, faudrait-il que ce service constitue un monopole pour un seul médecin. Le tarif à la visite me semble le seul réellement pratique dans ces conditions, et sauvegarder le mieux la liberté du malade et l'indépendance du médecin.

La composition très variée et très diverse des sociétés de secours mutuels me fait aborder une question qui a été discutée et résolue de plusieurs manières par ceux qui l'ont examinée. Faut-il diviser les sociétés en catégories ou bien les traiter uniformément, quelle que soit la qualité et la position sociale des personnes qui en font partie? Faut-il protester contre l'introduction dans ces sociétés de gens aisés, quelquefois riches, que des habitudes d'ordre (on pourrait dire de parcimonie) engagent à profiter du bénéfice de ces associations?

Tout en déplorant le fait, je crois que nous n'avons pas à demander ni au gouvernement ni aux sociétés elles-mêmes, aucune mesure, aucun règlement qui puisse entraver leur libre développement.

Il nous appartient seulement de défendre nos intérêts compromis et de soigner dans les mêmes conditions et avec le même zèle tous ceux qui, riches ou pauvres, se sont rangés sous la même bannière. Disons donc aux sociétés de secours mutuels : « *Liberté* pour vous de vous organiser « comme vous l'entendrez ; *égalité* de soin et de « salaire pour tous ceux qui seront avec vous; « *fraternité* avec vous, en vous encourageant « et en vous protégeant comme membres hono- « raires. Ce sont là les vrais principes de la mu- « tualité, et les seuls qui ne puissent être discutés « sous le gouvernement qui nous régit. Mais je « crois devoir ajouter : « Cessez de faire appel à « notre bienfaisance et à notre désintéressement, « rentrez avec nous dans la règle commune en ne « mettant plus l'exercice de notre professsion en « adjudication au rabais, et enfin, laissez-nous « libres dans notre rôle de médecins sans nous « charger d'une police administrative qui ne peut « entrer dans nos attributions. Toutefois, il est « juste et raisonnable que vous preniez avec nous « toutes les mesures d'ordre et de contrôle néces- « saires à une bonne administration et à la pros- « périté de votre admirable institution. »

« Telle est la manière de vous assurer notre « concours tout dévoué, et de faire de nous les « agents les plus actifs et les plus zélés de propa- « gande. »

Telles sont les bases sur lesquelles je me propose d'établir une entente entre les médecins et les sociétés de secours mutuels dans une quatrième et dernière lettre.

Dr Béraud, de Charlieu (Loire).

III

Boites de secours dans les communes.

M. le Président du conseil, ministre de l'instruc- publique et des beaux-arts, a adressé aux préfets, la circulaire suivante :

« M. le Préfet, par ma circulaire en date du 3 mai 1880, je vous ai demandé de vouloir bien examiner, avec MM, les maires de votre département, s'il n'y aurait pas d'inconvénient à confier aux instituteurs primaires la garde de la boîte de secours de M. Barion dans les communes qui auraient trouvé bon d'en faire l'acquisition.

« Pour achever de m'éclairer sur cette question, et pour examiner une proposition de M. Barion, tendant à introduire la boîte de secours dans les écoles normales primaires, j'ai institué, avec mon collègue de l'agriculture et du commerce, une commission spéciale qui s'est réunie, au ministère, le 27 novembre dernier.

« Cette commission a conclu, à l'unanimité, au rejet de la proposition de M. Barion en ce qui concerne les écoles normales, et a, en outre, émis le vœu que, dans les communes qui achèteront la boîte de secours, ce ne soit pas à l'instituteur que M. le maire en confie la garde.

« La commission a considéré, en effet, qu'une boîte renfermant des substances toxiques, et dont la clé peut être égarée ou oubliée, ne serait point placée sans danger dans les écoles normales et dans les écoles primaires. Il y a, d'autre part, à craindre que l'instituteur ne sache pas toujours résister à la tentation de pratiquer illégalement la médecine et la pharmacie. Enfin, de fâcheux dissentiments peuvent naître entre les habitants de la commune et l'instituteur, quand celui-ci, fidèle à la consigne, refusera tel ou tel médicament.

« Ces considérations me paraissent fondées, et je vous prie, en conséquence, M. le Préfet, de ne considérer ma circulaire du 3 mai dernier que comme un commencement d'information sur une question qui était recommandée à ma sollicitude par mon collègue, M. le ministre de l'intérienr. »

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE
ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Des applications de la sonde œsophagienne pendant et après les opérations dans la cavité buccale.

M. Lannelongue a donné lecture à la *Société de Chirurgie* d'un rapport discutant le travail de M. *Krishaber* sur ce sujet. Il s'agit d'une malade qui, atteinte d'une tumeur cancéreuse située au niveau des orifices supérieurs de l'œsophage et du larynx, était menacée de mourir d'inanition, si le cathétérisme de l'œsophage n'était pas répété chaque jour, ce qui était une nouvelle source de danger. C'est alors que M. Krishaher eut l'idée de placer une sonde à demeure dans l'estomac, en la faisant pénétrer par l'une des narines et en la fixant au dehors au moyen d'une aiguille placée transversalement en croix. Grâce à cet appareil, la malade put être alimentée chaque jour, pendant *près d'une année*, par *des injections de lait, d'œufs* crus, de bouillon et même de viande hachée. La sonde, après quelques difficultés les premiers jours, mais sans autre accident qu'un peu de coryza et de la rougeur du nez, fut bien tolérée. La malade succomba plus tard aux progrès de l'affection cancéreuse.

L'auteur du mémoire croit pouvoir conclure de ce fait que, dans les cas d'un obstacle simplement matériel, ce nouveau procédé pourra donner d'excellents résultats : l'on pourra même, dans les cas de sténose cicatricielle ou spasmodique, arriver à la dilatation progressive de l'œsophage. Dans tous les cas, il ressortirait de cette observation qu'une sonde, introduite par l'une des narines, peut rester dans l'œsophage pour ainsi dire indéfiniment, sans donner lieu à aucun accident; qu'elle permet de tenter, chez certains malades, la dilatation de ce conduit, et qu'en tout cas, elle facilite l'alimentation du sujet qu'elle empêche de succomber à l'inanition.

M. Lannelongue rappelle quc le procédé de l'alimentation par la sonde œsophagienne a été rajeuni par M. Krishaber, ct qu'en réalité le mérite en revient à Boyer, qui, le premier, y a eu recours à la suite d'opérations dans la cavité buccale.

M. *Verneuil* était depuis longtemps préoccupé de cette question en voyant combien les malades, à la suite d'opérations pratiquées sur la bouche, sont tourmentés par la faim et par la soif, en raison d'une déglutition souvent des plus difficiles. De là l'amaigrissement, le dépérissement et parfois même la mort par inanition. C'est alors qu'il a eu l'idée de se servir de sondes en caoutchouc mou, qui sont absolument inoffensives dans leur contact avec l'œsophage.

M. Verneuil cite une expérience récente en cours d'observation qui lui a donné jusqu'à présent d'excellents résultats.

M. *Trélat*, d'après les renseignements qui viennent d'être présentés à la Société, se promet, à la première ablation un peu considérable de la langue, d'expérimenter ce procédé, d'autant plus volontiers qu'il a déjà perdu deux malades, morts de faim. Autant il croit à l'utilité de la sonde œsophagienne dans les opérations de la nature de celles qui ont été indiquées, autant il croit à l'impuissance et à l'inutilité du procédé dans la staphylorapbie ou l'uranoplastie.

*
* *

Cathétérisme de la trachée-artère remplaçant la trachéotomie.

M. le professeur Guillaume Macewen a rapporté plusieurs observations fort intéressantes de malades chez lesquels, au lieu d'avoir recours à la trachéotomie, il a pratiqué avec succès le cathétérisme de la trachée, notamment le fait d'un œdème de la glotte chez une femme de trente-huit ans. Dans ce cas, l'opération fut pratiquée presque *in extremis*, en introduisant dans la trachée, par l'orifice supérieur du larynx, une sonde nº 12, sur laquelle il fit glisser la plus petite canule trachéale qu'il possédait, sans aucun accident qu'un accès de toux qui dura deux minutes environ. Le tube laryngo-trachéal, retiré seulement toutes les douze heures pour être nettoyé, fut laissé en place pendant trente-huit heures consécutives. Une amélioration notable était survenue, lorsque l'on débarrassa la malade de son appareil; un complet rétablissement la rendit bientôt à ses occupations habituelles.

Des différents faits qu'il a observés, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1º Des canules peuvent être introduites dans la trachée par les voies naturelles, non-seulement dans les maladie chroniques, mais même dans les cas aigus.

2º On peut les introduire sans anesthésie préalable.

3º Elles ménagent unc respiration facile.

4º Elles permettent la sortie des produits d'expectoration.

5º La déglutition est possible pendant que la canule est dans la trachée.

6º Quelque grande que soit, au premier moment, l'impression douloureuse ressentie par le malade, elle ne tarde pas à disparaître, et la tolérance s'établit.

7º Le patient peut dormir, le tube en place.

8º La canule est inoffensive. Les résultats sont rapides et complètement avantageux.

9º De semblables canules peuvent être introduites pour les opérations à pratiquer sur la face et dans la bouche. Elles ménagent une voie à l'agent anesthésique et garantissent le chirurgien contre le passage du sang dans les voies respiratoires. (*Gazetta medica italiana, et Gazette des hôpitaux).*

*
* *

Péritonite mortelle provenant de l'injection d'une solution d'acétate de plomb dans le vagin.

Le cas suivant paraît être en faveur de la pos-

sibilité, qui est maintenant généralement contestée, qu'un fluide injecté dans le vagin atteigne la cavité abdominale à travers les tubes fallopiens.

Une femme, âgée de vingt-deux ans, souffrait d'une forte attaque de leucorrhée. Il lui fut ordonné de se servir d'injections d'acétate de plomb. Les injections avaient été répétées pendant dix jours avec de bons résultats ; le onzième jour, l'injection fut prise à la hâte, à cause d'une interruption ; la femme éprouva immédiatement des douleurs violentes dans le bas-ventre ; elle devint d'une pâleur mortelle et tomba en syncope. Le médecin, M. Baum, fut immédiatement appelé ; il trouva que la malade présentait les symptômes d'une péritonite aigüe : la mort survint soixante-douze heures après. L'autopsie révéla qu'outre les lésions ordinaires de la péritonite, il se trouvait sur la surface séreuse du grand intestin, à travers l'hypogastre tont entier, et même à la hauteur du nombril, un précipité de sulfure de plomb. Le précipité présentait la forme de petits pois ronds gris-noirs, et qui étaient dans quelques endroits très nombreux et très épais, tandis que dans d'autres, ils étaient éparpillés et rares. (*Physician and Pharmacist.* et *Cour. Méd.*)

*
* *

De la laryngite striduleuse ou faux croup, considérée comme un des symptômes de l'engorgement aigu des ganglions lymphatiques trachéo-bronchiques, par le Dr Barety (de Nice).

Voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir déduire de l'examen des faits :

1° La laryngite striduleuse ou faux croup est une affection aiguë, caractérisée par un trouble moteur de la glotte, et reconnaissant pour cause un engorgement ou une congestion rapide des ganglions trachéo-bronchiques.

2° Cette affection se traduit par un ou plusieurs accès de dyspnée subite, parfois effrayants, survenant le plus souvent la nuit, entre minuit et quatre heures du matin, avec sifflement expiratoire aigu, bruyant, raucité de la toux, tandis que la voix est généralement claire, congestion de la face, avec ou sans mouvement fébrile, absence ou rareté de l'expectoration.

3° Elle est habituellement précédée d'un léger catarrhe nasal, pharyngien et laryngo-trachéal, consécutif à un refroidissement rapide. Elle est souvent suivie d'un peu de toux.

4° Elle atteint les enfants âgés de 1 an à 9 ans, et particulièrement lymphatiques, nés de parents lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux.

Elle est compatible avec un état de santé en apparence florissant.

5° Les récidives ne sont pas rares. Parfois l'affection se borne à un seul accès, plus ou moins violent. Souvent l'accès se répète la nuit suivante ou les deux nuits suivantes ; parfois dans la même nuit. Mais les accès qui suivent le premier, dans la même atteinte du mal, sont de moins en moins violents.

D'autres accès peuvent se manisfester dans la même année et les années suivantes, et dans les mêmes conditions étiologiques.

Mais, avec l'âge, les accès diminuent de violence sans que pourtant la cause essentielle, l'engorgement ganglionnaire du médiastin soit pour cela moins prononcée. Cela paraît dépendre surtout de la grandeur de la glotte qui, très petite dans le jeune âge, s'élargit plus tard.

6° Le pronostic peut être bénin, comme il peut être très grave, jusqu'au point de causer la mort par asphyxie, dans un espace de temps excessivement court.

7° Les complications les plus habituelles, lorsqu'elles surviennent, sont une congestion plus ou moins aiguë de l'un des sommets, le sommet qui correspond précisément au côté où l'adénopathie est la plus prononcée ; une bronchite plus ou moins intense avec ou sans congestion des bases, et ces deux complications sont spécialement aggravées par l'engorgement ganglionnaire, par suite de la gêne que ces ganglions hypertrophiés exercent dans la libre circulation du sang, et de l'influx nerveux dans les poumons, en comprimant et en incitant morbidement les nerfs et les vaisseaux qui les avoisinent.

8° Les troubles laryngés se produisent par l'intermédiaire des nerfs récurrents, lesquels sont en rapport direct, dans le thorax et le long de la trachée, avec les ganglions trachéo-bronchiques.

9° Le traitement est curatif et prophylactique : il faut traiter l'accès et il faut traiter les causes, aujourd'hui connues, au moins je l'espère, de ces accès, c'est-à-dire, le tempérament lymphatique et la constitution plus ou moins faible.

En dehors de l'accès, dont le traitement consiste dans des vomitifs, des révulsifs cutanés et dans l'administration de quelques calmants, le traitement fondamental et prophylactique est le traitement antiscrofuleux : préparations iodées, huile de foie de morue, lait phosphaté, habitation au bord de la mer, etc., etc.

*
* *

De l'accouchement chez les femmes à deux vagins.

M. le Dr L. Jannet adresse au *Paris Médical* le fait suivant, que nous publions dans sa forme humoristique :

« Le 25 décembre dernier je fus appelé à Shebec (près Cognac) près d'une femme (18 ans, primipare) qui était depuis quatre heures, disait-on, dans les grandes douleurs sans pouvoir accoucher. — A mon arrivée, les douleurs étaient légères et ne se succédaient qu'à de longs intervalles, après avoir été, au dire de la sage-femme très intenses et très-rapprochées. — Au toucher, la tête est dans l'excavation en O. I. G. A. Le doigt reconnaît parfaitement la présence des cheveux (membranes rompues quatre heures auparavant). Bosse sanguine très prononcée. — Allant à la recherche du col, je rencontrai, *à droite*, un bord tranchant que je pris pour le col, sans la moindre hésitation, du reste. Toutefois, en cherchant à me rendre compte du degré de dilatation, je fus frappé du contraste qui existait entre la moitié droite et la moitié gauche de la circonférence de ce prétendu col. A droite, c'était le bord tranchant dont je viens de parler, col de fantaisie qui admettait la libre introduction du doigt entre la tête et lui, et qui, lorsqu'on cherchait à le tendre, présentait une rigidité inflexible, tandis qu'à gauche c'était le col classique, immédiatement appliqué sur la tête et offrant cette souplesse qui

a été comparée à celle de la peau de bons gants. Pour expliquer ce fait, je m'arrêtai à deux suppositions, tout aussi justifiables l'une que l'autre : je crus d'abord que le bord tranchant était formé de tissu cicatriciel — du tissu cicatriciel chez une primipare de dix-huit ans, n'ayant présenté antérieurement aucun signe d'affection utérine ! — Je crus ensuite à une rigidité partielle spasmodique ; mais un col rigide est immédiatement appliqué sur la tête, et ce n'était pas le cas. Malgré cela, je me disposais à combattre cette rigidité supposée par l'extrait de belladone, quitte à débrider ensuite si je n'obtenais rien. Toutefois, après m'être assuré que la sage-femme n'avait point donné de seigle ergoté, je résolus d'attendre (j'estimai la dilatation de 5 centimètres de diamètre).

Une douleur survint. Mon doigt, introduit jusqu'à la phalangine entre le bord tranchant et la tête, subit au niveau de l'articulation une compression assez forte et même douloureuse : la tête n'avançait pas d'une ligne. J'eus alors l'idée, la douleur passée, de suivre le col sur tout son parcours avec la pulpe du doigt en commençant par la *gauche*. Je reconnus que le col ne présentait rien d'anormal et que ce que j'avais pris tour à tour pour du tissu cicatriciel et pour une ridigité spasmodique était en réalité une bride complétement indépendante de l'utérus et appartenant exclusivement au vagin.

Comment était disposée cette bride?

Après avoir longuement touché, je m'arrêtai à cette opinion qu'il y avait un cloisonnement transversal incomplet et en forme de croissant du fond du vagin, cloisonnement dont le fond concave, inextensible, constituait le principal obstacle à l'accouchement.

Je croyais avoir fait un pas décisif dans la voie du diagnostic. Grande était mon erreur. En effet, j'étais prêt à trancher le nœud gordien, quand je fis une nouvelle découverte. Touchant de nouveau, je rencontrai, *à gauche*, une bride exactement semblable à celle que j'avais trouvée à droite : derrière, le col avec ses caractères normaux. Je pensai alors qu'il y avait deux cloisonnements au lieu d'un, semi-lunaires tous les deux, et circonscrivant entre leurs bords concaves un espace elliptique ; idée aussitôt abandonnée que conçue, car je ne retrouvai plus, malgré les plus minutieuses recherches, mon bord tranchant du côté droit. En d'autres termes, ce que j'avais senti tout à l'heure à droite, je le sentais maintenant à gauche : il n'y avait qu'une seule et même bride.

Mais il y avait quelque chose que je ne m'expliquais pas : pourquoi, si je puis contourner le bord postérieur de cette bride, ne pourrais-je pas de même contourner son bord antérieur ? Or, de bord antérieur, je n'en trouvais trace.

J'étais donc fort perplexe ; mais je me rappelai que, suivant le précepte Pajotien, le cigare porte conseil. — Mon cigare allumé, je fis, *à posteriori*, cette remarque que, dans les premiers moments, le toucher s'était effectué avec une certaine difficulté (que je mettais sur le compte d'une étroitesse congénitale de l'anneau vulvaire — il y avait bien quelque chose de congénital, mais ce n'était pas cela), tandis qu'en dernier lieu mon doigt avait pénétré sans le moindre obstacle. Ce fut pour moi un trait de lumière. (Je dois dire, à ma louange, que le cigare n'était qu'à moitié consumé). Le vagin était bien cloisonné, non pas dans le sens transversal, comme je l'avais cru d'abord, mais dans le sens antéro-postérieur, — il était cloisonné dans toute sa longueur, — il était ainsi divisé en deux compartiments : l'un droit (quand le doigt y pénétrait on sentait la bride *à droite*). — Le compartiment gauche était étroit (difficulté du toucher). — Le compartiment droit était large (toucher facile). — Enfin il devait être impossible de faire passer le doigt d'un compartiment dans l'autre en contournant le bord postérieur de l'obstacle, ce que l'événement justifia. — J'ajouterai que le cloisonnement était cunéiforme, le bord postérieur (la bride) étant mince et tranchant, le bord antérieur épais et charnu.

Quelques mots maintenant sur la façon dont l'obstacle fut levé. L'index droit ayant pénétré du compartiment gauche dans le droit ainsi qu'il a été dit, un fort fil fut engagé entre la pulpe et l'ongle, puis ramené à l'extérieur en contournant le bord postérieur de l'obstacle. Celui-ci fut étreint solidement par en bas ; la même manœuvre fut exécutée par en haut, puis la portion du cloisonnement comprise entre les deux ligatures fut incisée avec de forts ciseaux.

Ce mode opératoire n'est certes pas irréprochable, car on pouvait craindre, vu les dimensions de la bride, un tiraillement en sens contraire des deux extrémités du vagin par les fils à ligature et, par suite, une rupture de l'organe au moment de l'expulsion. Cette crainte ne se réalisa pas ; aussitôt l'obstacle levé, la tête apparut bientôt à la vulve. — Tout se passa bien.

Je vous prie, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien publier ce fait, si vous jugez qu'il en vaille la peine. Si parmi vos lecteurs il en était, par hasard, d'aussi novices que moi, ils verront, par cette observation, que le défaut de pratique ne nous autorise pas toujours suffisamment à jeter notre langue aux chiens dans les cas difficiles.

Quand tout fut fini, le mari m'avoua confidentiellement que les rapprochements avaient été tantôt très faciles et très bien acceptés (compartiment droit), tantôt, au contraire, très douloureux et énergiquement refusés (compartiment gauche). Si j'avais su cela plus tôt ! Mais non ! en clinique les renseignements utiles arrivent généralement comme les carabiniers d'Offenbach. »

*
* *

Le comble de l'antisepsie.

A l'un des plus récents duels, déjà les adversaires allaient croiser le fer lorqu'une voix se fait entendre : « Un instant ! Messieurs !... » On s'arrête. On attend, on l'onespère une conciliation... Hélas ! c'était le médecin assistant. Imbu des idées modernes, notre confrère tire de sa poche une solution phéniquée et y trempe méthodiquement la pointe des épées. Puis, du ton de l'homme qui a fait son devoir : « Allez maintenant, Messieurs ; vous pourrez vous tuer, mais vous voilà à l'abri de l'infection purulente ! »

Fort bien ; mais gageons qu'à la première oc-

casion on apportera un *pulvérisateur!* (*Lyon médical*).

***

Empruntons pour finir une anecdote au vénérable Dr Simplice.

Les harengs et les haricots à l'huile contre la fièvre typhoïde.

Une influence typhoïdesévissait dans un petit village du Midi. Un serrurier tombe malade ; on envoie quérir le médecin du lieu ; il arrive, prescrit des médicaments et s'en va. Le lendemain, dans sa tournée, il entre chez le serrurier, il interroge la femme : Eh bien ! notre malade, comment est-il aujourd'hui ? — Ah ! Monsieur, figurez-vous qu'hier, pendant que je courais chercher les médicaments, mon pauvre homme a mangé deux harengs saurs et un plat de haricots froids à l'huile. — Ah ! mon Dieu ! mais alors il est... — Sauvé, Monsieur le docteur !... Il est allé travailler là bas en ville, et il se porte à merveille. — C'est inouï ! s'écria le docteur. Quelle recette merveilleuse contre la fièvre typhoïde ! Ah ! si mes confrères se doutaient de la simplicité de ce remède ! Je vais en prendre note. Et il écrit sur son calepin : « Fièvre typhoïde. Remède éprouvé : deux harengs saurs, haricots froids à l'huile. »

Deux jours après, un maçon tombe frappé d'une attaque de la même maladie. — Mon ami, prenez immédiatement, dit le docteur, deux harengs saurs et un plat de haricots à l'huile ; je reviendrai demain. Le lendemain, le maçon était mort ! Et le docteur, profitant logiquement de sa méthode expérimentale, écrivit sur son fameux calepin : « Fièvre typhoïde. Remède : harengs saurs haricots. Bon pour les serruriers ; mauvais pour les maçons. » Dr J. Geoffroy.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE ET DE L'HYGROMA PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC (*Th. Anger, Le Dentu*). — La substance employée est le chlorure de zinc déliquescent. On se sert d'une seringue en gutta-percha et l'on règle la quantité du liquide à injecter au moyen du curseur. Il faut avoir soin d'introduire la canule assez profondément et d'en pousser l'extrémité jusqu'au centre de la poche. La quantité injectée ne doit jamais dépasser deux gouttes, et souvent moins. La première sensation est celle d'une faible brûlure. La chaleur s'étend, puis il se développe une douleur névralgique dans quelques nerfs de la face. On voit survenir un gonflement œdémateux sur le plancher de la bouche. Le malade éprouve de la dysphagie et même de la difficulté de la respiration, ce qui prouve que la lésion gagne peut-être jusqu'aux replis aryténo-épiglottiques. En deux ou trois jours, le gonflement arrive à son maximum, la fièvre est en rapport avec l'intensité du gonflement. Ces phénomènes se calment ; après une dizaine de jours, il ne reste plus qu'un gonflement dur au niveau de la grenouillette, puis un noyaux fibreux se rétractant progressivement. Ce moyen semble infaillible. S'il ne réussit pas à la première injection, c'est à la deuxième. Il peut être utile de retirer de la tumeur une ou deux seringues de Pravaz de son contenu pour en diminuer la tension.

La quantité à injecter est pour les petites grenouillettes une demi-goutte en moyenne ; une goutte chez les enfants. Chez l'adulte, ou pour les grenouillette volumineuses, il faut injecter deux gouttes (*Par. méd.*).

***

Les parasites du chancre induré. — M. Pisarewski, après avoir excisé deux chancres datant de trois et six jours, deux autres datant de plusieurs semaines, les fit durcir dans le liquide de Müller et l'alcool, puis les soumit à l'examen microscopique. Dans les préparations, il reconnut l'existence d'une masse finement granuleuse, constituée par une substance homogène et des granulations rondes (*zooglœa*). Ces granulations qui présentent les réactions chimiques des substances végétales, seraient peut-être les *microbes* du chancre induré. (*Gazette de Bordeaux*).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Syndicat des médecins du Finistère. — Projet de statuts.

Association protège,
Association oblige.

A la suite d'une circulaire longuement motivée, un groupe considérable s'est formé pour la création d'un syndicat et se propose à la première réunion, de discuter les statuts suivants :

I. Le but poursuivi par les Médecins réunis en syndicat sous la devise : « *Liberté, Dignité, Solidarité* », est de mettre en commun leur expérience, leur activité et leur savoir pour se soutenir réciproquement dans l'exercice de leur profession.

Ils se proposent surtout :

1º De veiller à ce que leur art ne soit point compromis par l'intrusion d'un aveugle charlatanisme que la Loi réprouve autant que le bon sens ;

2º De poursuivre avec persévérance la répression de l'exercice illégal de la Médecine ;

3º Enfin d'aviser à tous les moyens propres à maintenir *la pratique médicale* à la hauteur intellectuelle et philantropique comme au niveau de considération publique qui lui convient.

II. L'adhésion au Syndicat existe du moment où un médecin s'est inscrit lui-même sur l'Annuaire de la réunion ou fait inscrire par autorisation écrite et transmise à l'un des membres du Bureau, — et qu'il a versé la cotisation votée annuellement entre les mains du Trésorier qui en donne reçu.

Tout retard dans ce versement annuel, excédant trois mois, après avis du Trésorier, entraîne la radiation du Confrère oublieux, de l'annuaire du Syndicat.

III. Le syndicat comprend tous les Docteurs en Médecine ou Officiers de Santé du Département qui veulent bien y adhérer.

Il peut, d'après des votes ultérieurs, et, pour plus de commodité, dans les rapports de voisinage, se scinder en plusieurs groupes qui se fusionneront annuellement ou dans les séances générales reconnues nécessaires.

Chaque groupe élira un syndic chargé de centraliser l'action de ses membres, de se tenir en relation constante avec le Président, en lui soumettant l'appréciation des faits irréguliers ou accidents de la pratique, signalés dans son groupe, les désirs et les besoins qui s'y sont révélés, d'assurer enfin au confrère dans l'embarras, l'appui effectif et immédiat du syndicat tout entier.

IV. Le Syndicat est représenté par :

Son *Président*, et par un Bureau formé d'un *Vice-Président* ;

des *Syndics*, chefs de groupe;

d'un *Secrétaire-Trésorier* et des *Secrétaires* de chaque groupe.

Ces fonctions ne comportent aucune mention sur les papiers publics; toutefois, si cette mesure est jugée opportune, *tous* les membres du syndicats se feront connaître au public comme « médecins syndiqués » par une mention spéciale sur les Annuaires, porte d'entrée, mémoires, ordonnances, etc.

V. Le syndicat est fondé en vue d'intérêts solidaires et tout-à-fait pratiques, et la plus parfaite égalité doit être admise entre ses membres, *légalement confondus par la patente*; seul, le concours actif, dévoué à l'intérêt commun justifiera les préférences générales pour un Membre quelconque de la Réunion et lui créera des titres aux suffrages de ses confrères.

VI. L'élection à la majorité absolue des bulletins de votes fermés déterminera la composition du Bureau, et, en général, toutes les résolutions importantes du Syndicat.

Les fonctions ainsi conférées sont bisannuelles.

VII. Il appartient au Président de déterminer, après s'être concerté avec les Syndics de chaque groupe, l'époque, le lieu et le nombre des Réunions générales auxquelles chacun s'engage à coopérer par sa présence, et autant que possible, par des notes écrites sur les questions à l'ordre du jour.

VIII. Toute absence, non justifiée par la force majeure, que le Bureau appréciera, donnera lieu à une amende de 5 fr. aussi obligatoire que la cotisation annuelle.

IX. Chaque Membre du Syndicat, restant libre de s'agréger isolément à toute autre association professionnelle, le Président a, de son côté, qualité pour unir le Syndicat médical du Finistère avec les Syndicats voisins; il peut déléguer en son nom et par lettre spéciale, tel Membre qu'il voudra pour le représenter aux Réunions des Syndicats étrangers ou du Syndicat général de France.

X. Le Président est juge de l'opportunité des Réunions extraordinaires auxquelles, du reste, pour ménager le temps de ses confrères, il s'efforcera de suppléer par communications épistolaires.

XI. Il reçoit, conserve et classe, pour être utilisés dans les discussions ou publications ultérieures, tous les documents que lui adresseront les Membres du Syndicat; ceux-ci seront séparés de la lettre d'envoi, qui sera confidentielle, et non signés, de façon à n'avoir qu'un caractère impersonnel.

XII. Au Président appartient le droit de décider l'impression et la publication de tel document qu'il juge utile de répandre parmi ses confrères; et, dans ce but, de faire à la Caisse du Syndicat un emprunt dont il rend compte à la séance suivante.

XIII. Chaque Réunion, la date, l'heure et le lieu où elle sera convoquée, seront annoncées quinze jours à l'avance par avis spécial qui résumera l'ordre du jour adopté par le Bureau.

Les Médecins désireux de prendre la parole sur une question, devront assurer leur priorité en s'inscrivant d'avance; autant que possible, le Président s'efforcera d'établir dans la discussion l'alternance des opinions pour assurer plus d'équilibre aux impressions de l'auditoire.

XIV. En aucun cas l'orateur ne pourra garder la parole que dix minutes; ce temps écoulé, le Président l'interrompra, et s'il y a lieu, consultera ses confrères sur l'opportunité d'une audition supplémentaire *à la suite* des orateurs inscrits.

XV. Chaque orateur est prié de laisser au Secrétaire un résumé *écrit* de sa communication.

XVI. Dans chaque séance, après le dépouillement de la correspondance, la lecture du procès-verbal de la séance précédente, et, au besoin, la discussion de ce procès-verbal (pour laquelle cinq minutes au plus sont accordées à chaque orateur), chaque question à l'ordre du jour est mise en discussion d'après son rang d'inscription.

XVII. Le Président interrompt toute discussion un quart d'heure avant le terme fixé de chaque séance pour :

Résumer le travail du jour;

Indiquer les questions à éclaircir ou à étudier;

Fixer le projet d'ordre du jour et les conditions de la Réunion suivante.

XVIII. Le Président a la direction des débats. — Chacun lui doit déférence et soumission en séance (sauf réclamation ultérieure et décision définitive prise par le Bureau).

XIX. Nul ne peut assister aux Réunions s'il n'est Médecin adhérent au Syndicat ou Membre d'un autre Syndicat agrégé au Syndicat général.

Les exceptions à cette règle *absolue* devront être spécialement votées par le Bureau.

XX. *Discipline.* — Ses moyens sont :

1° Le rappel à l'ordre, *articulé par le Président;*

2° Le blâme, inscrit au procès-verbal, *voté par le Bureau;*

3° L'exclusion, *votée à la majorité absolue, motivée et inscrite* au procès-verbal de la séance où elle aura été prononcée.

Nous persistons à croire qu'il est préférable de consacrer les premières réunions à l'étude du tarif d'honoraires et du mode de leur recouvrement, ainsi qu'à la discussion des moyens de propagande du Syndicat, plutôt que de consacrer de nombreuses séances à la discussion des Statuts.

Faire preuve d'existence et d'action est plus pratique que de déterminer le mode exact de cette existence et de cette action.

Les Statuts ne devraient être que le corollaire des premières opérations.

M. le Dr Chéron a repris ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 13 juin à midi 1/2 et les continue tous les lundis à la même heure.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

25 Juin 1881 — 3me Année. — N° 26

SOMMAIRE

Assemblée Générale
DES ADHÉRENTS DU CONCOURS MÉDICAL.

Nous avions, à plusieurs reprises, annoncé, pour le mois de juillet, la réunion générale des adhérents du Concours médical*; mais, plusieurs de nos confrères nous ayant exprimé le désir de voir cette réunion coïncider avec l'Exposition d'Electricité qui ouvre le 1er août, nous avons décidé que l'Assemblée Générale serait reportée au dimanche 14 août.*

Une note ultérieure indiquera le lieu et l'heure de la réunion.

Cette Assemblée présentera une importance toute particulière en raison de la constitution de la Société civile *du* Concours médical *dont les statuts seront prochainement publiés.*

LA DIRECTION.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Brouardel communique, en son nom et au nom de *M. Boutmy*, un nouveau travail *sur les réactions des ptomaïnes et sur quelques-unes des conditions de leur formation.*

La réduction du cyanoferride de potassium n'est pas la seule réaction caractéristique de ces alcaloïdes; ils réduisent aussi le bromure d'argent, réaction qui peut être facilement utilisée en médecine légale. Les alcalis végétaux dans lesquels on introduit des hydrogènes carbonés (méthyle, phényle, etc.), acquièrent les mêmes propriétés réductrices vis-à-vis du cyanoferride de potassium.

Certaines observations doivent faire penser que les ptomaïnes peuvent se produire même pendant la vie. En effet, M. Brouardel en a trouvé de très grandes quantités dans le cadavre d'une femme morte depuis seulement deux jours dans des circonstances suspectes. Cette femme avait avorté au troisième mois, et l'analyse chimique prouva qu'elle s'était empoisonnée avec de la vératrine. Ce serait surtout dans les affections septiques que que se formeraient, pendant la vie, des alcaloïdes analogues aux ptomaïnes.

M. *A. Gautier* rappelle qu'il a été un des premiers à signaler l'existence des ptomaïnes dans les matières organiques en putréfaction : Selmi l'a reconnu lui-même.

Quant à la question du mode de formation des ptomaïnes, M. Gautier pense qu'elles résultent du dédoublement des matières albuminoïdes. M. Gautier s'est demandé s'il ne se produisait pas des ptomaïnes dans l'état physiologique : il croit pouvoir, dès à présent, répondre affirmativement; et il rappelle, à ce sujet, que M. G. Pouchet a retiré des urines normales un alcaloïde d'une énergie toxique considérable, qui présente les propriétés principales des ptomaïnes. On aurait ainsi une explication des phénomènes toxiques qui s'observent chaque fois que les urines ne sont plus éliminées.

M. Gautier a cherché encore si les produits des glandes à venin ne présenteraient pas des alcaloïdes analogues aux ptomaïnes et ses recherches ont abouti pour le venin du *Triogonocéphale* et du *Naja* de l'Inde.

Enfin, certains alcaloïdes végétaux, comme la

muscarine, base tirée de la fausse oronge, paraissent être des ptomaïnes.

M. Pasteur communique un travail intitulé : *Compte-rendu sommaire des expériences faites à Pouilly-le-Fort, près Melun, sur la vaccination charbonneuse*, par *M. Pasteur*, avec la collaboration de *MM. Chamberland* et *Roux*.

M. Pasteur rappelle que, dans une précédente communication faite à l'Académie le 28 février dernier, et qui avait pour objet la découverte d'une méthode de préparation des virus atténués du charbon, il s'exprimait ainsi en son nom et au nom de ses jeunes collaborateurs :

« Chacun de nos microbes charbonneux atténués constitue, pour le microbe supérieur un *vaccin*, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne. Quoi de plus facile, dès lors, que de trouver, dans ces virus successifs, des virus propres à donner la *fièvre charbonneuse* aux moutons, aux vaches, aux chevaux, sans les faire périr et pouvant les préserver ultérieurement de la maladie mortelle? Nous avons pratiqué cette opération avec un grand succès sur les moutons. Dès qu'arrivera l'époque du parcage des troupeaux dans la Beauce, nous en tenterons l'application sur une grande échelle. »

Dès le mois d'avril dernier, la Société d'agriculture de Melun a fourni à M. Pasteur l'occasion de cette application en grand. Par l'organe de son président, M. le baron de la Rochette, elle lui proposa de se rendre compte, par une expérience décisive, des résultats qu'il venait d'annoncer à l'Académie. M. Pasteur accepta, et, dès le 28 avril, il fut convenu et affirmé ce qui suit :

1o La Société d'agriculture de Melun met à la disposition de M. Pasteur soixante moutons.

2o Dix de ces moutons ne subiront aucun traitement.

3o Vingt-cinq de ces moutons subiront deux inoculations vaccinales, à 12 ou 15 jours d'intervalle, par deux virus charbonneux inégalement atténués.

4o Ces vingt-cinq moutons seront, en même temps que les vingt-cinq restants, inoculés par le charbon très virulent, après un intervalle de douze ou quinze jours.

Les vingt-cinq moutons non vaccinés périront tous; les vingt-cinq vaccinés résisteront, et on les comparera ultérieurement avec les dix moutons réservés ci-dessus, afin de montrer que les vaccinations n'empêchent pas les moutons de revenir à un état normal.

5o Après l'inoculation générale du virus très virulent aux deux lots de vingt-cinq moutons vaccinés et non vaccinés, les cinquante moutons resteront réunis dans la même étable; on distinguera une des séries de l'autre en faisant, avec un emporte-pièce, un trou à l'oreille des vingt-cinq moutons vaccinés.

6o Tous les moutons qui mourront charbonneux seront enfouis un à un dans des fosses distinctes, voisines les unes des autres, situées dans un enclos palissadé.

7o Au mois de mai 1882, on fera parquer, dans l'enclos dont il vient d'être question, vingt-cinq moutons neufs, n'ayant jamais servi à des expériences, afin de prouver que les moutons neufs se contagionneront spontanément par les germes charbonneux, qui auront été ramenés à la surface du sol par les vers de terre.

8o Vingt-cinq autres moutons neufs seront parqués tout à côté de l'enclos précédent, à quelques mètres de distance, là où l'on n'aura jamais enfoui d'animaux charbonneux, afin de montrer qu'aucun d'entre eux ne mourra du charbon.

Sur le désir de la Société d'agriculture, les expériences durent être étendues à huit vaches, un bœuf et un taureau. Il fut convenu que six de ces animaux seraient vaccinés et quatre non vaccinés; qu'après la vaccination, ces dix animaux recevraient, en même temps que les cinquante moutons, l'inoculation du virus très virulent.

Les expériences ont commencé le 5 mai, dans la commune de Pouilly-le-Fort, près Melun, dans une ferme appartenant à M. Rossignol, vétérinaire. Deux moutons avaient été remplacés par deux chèvres.

Le 5 mai 1881, on inocula, au moyen d'une seringue de Pravaz, vingt-quatre moutons, une chèvre et six vaches, chaque animal par cinq gouttes d'une culture d'un virus charbonneux atténué.

Le 17 mai, on réinocula ces vingt-quatre moutons, la chèvre et les six vaches par un second virus charbonneux également atténué, mais plus virulent que le précédent.

Le 31 mai, on procéda à l'inoculation très virulente qui devait juger de l'efficacité des inoculations préventives des 5 et 17 mai. A cet effet, on inocula, d'une part, les trente-et-un animaux précédents, vaccinés, et, d'autre part, vingt-quatre moutons, une chèvre et quatre vaches. Aucun de ces derniers animaux n'avait subi de traitement préalable.

Afin de rendre les expériences plus comparatives, on inocula alternativement un animal vacciné et un animal non vacciné. L'opération faite, rendez-vous fut pris pour le jeudi 2 juin, par conséquent quarante-huit heures seulement après le moment de l'inoculation virulente générale.

A l'arrivée des visiteurs, le 2 juin, les vingt-quatre moutons et la chèvre qui avaient reçu les virus atténués, ainsi que les six vaches, avaient toutes les apparences de la santé; au contraire, vingt-et-un moutons et la chèvre, qui n'avaient pas été vaccinés, étaient déjà morts charbonneux; deux autres des moutons non vaccinés moururent sous les yeux des spectateurs, et le dernier de la série s'éteignit à la fin du jour.

Les vaches non vaccinées n'étaient pas mortes, mais toutes avaient des œdèmes volumineux autour du point d'inoculation, derrière l'épaule. Leur température s'éleva de 3°. Les vaches vaccinées n'éprouvèrent ni élévation de température, ni tumeur, pas la moindre inappétence, ce qui rend le succès des épreuves tout aussi complet pour les vaches que pour les moutons.

Le vendredi 3 juin, une des brebis vaccinées mourut. L'autopsie en fut faite le jour même par M. Rossignol et par M. Garrouste, vétérinaire militaire ; la brebis fut trouvée pleine, à terme, et l'agneau mort dans la matrice depuis douze ou quinze jours. L'opinion des vétérinaires, qui ont fait l'autopsie, est que la mort de cette brebis devait être attribuée à la mort du fœtus. Ces expériences ont eu pour témoins plusieurs centaines de personnes, parmi lesquelles plusieurs vétérinaires.

« En résumé, dit M. Pasteur en terminant, nous possédons maintenant des virus-vaccins du charbon, capables de préserver de la maladie mortelle, sans jamais être eux-mêmes mortels, vaccins vivants, cultivables à volonté, transportables partout sans altération, préparés enfin par une méthode qu'on peut croire susceptible de généralisation, puisque, une première fois, elle a servi à trouver le vaccin du choléra des poules. Par le caractère des conditions ici énumérées, et à n'envisager les choses que du point de vue scientifique, la découverte des vaccins charbonneux constitue un progrès sensible sur le vaccin jennérien, puisque ce dernier n'a jamais été obtenu expérimentalement. »

MM. *Blot* et *Depaul* ne croient pas que l'on puisse attribuer la mort de la brebis pleine, dont il vient d'être question, à la mort du fœtus, puisque les membranes étaient intactes.

M. *Colin* (d'Alfort) réclame la priorité des résultats que vient d'annoncer M. Pasteur, puisque, dès le mois de juillet dernier, il disait, après expériences, que les inoculations charbonneuses fractionnées constituaient un moyen préventif contre le charbon. Il lui semble, cependant, que M. Pasteur s'est un peu pressé en déclarant, d'après des expériences faites quinze jours ou trois semaines après ses vaccinations, que ses moutons ont acquis l'immunité. Il faudra voir pendant combien de mois ou d'années, et dans quelle proportion numérique, ses animaux vaccinés résisteront au charbon. Parmi les chiens que M. Colin a vaccinés, il y a plusieurs années, quelques-uns contractent encore, de temps en temps, des pustules malignes ou des tumeurs charbonneuses. Enfin il reproche à M. Pasteur de s'être servi, pour constater les effets de ses vaccinations, de *liquides* dits de *culture*, au lieu d'avoir pris du sang, incontestablement très virulent, d'un animal ayant récemment succombé au charbon.

A la suite de ces critiques, dont quelques-unes, à notre avis, méritent considération, la discussion entre les deux savants et irascibles contradicteurs dégénère en une vive altercation : fort heureusement l'heure avancée fait renvoyer la suite des débats à la séance prochaine.

Election. *M. Marjolin* a été nommé membre titulaire de l'Académie, dans la section des associés libres.

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'URÉMIE.

Une simple voie d'eau qui se déclare en un point du navire, si elle est aveuglée par un habile calfat avec un peu d'étoupe et de goudron, n'empêche pas l'équipage de continuer sa route ; mais, quand la masse des flots s'engouffre par une trop large brèche ouverte dans ses flancs, la submersion du vaisseau est inévitable.

Ainsi, lorsqu'une atteinte profonde et définitive est apportée à l'intégrité d'un appareil important de notre économie, le mal, primitivement localisé, doit, à un moment donné de son évolution, retentir sur le fonctionnement de l'organisme entier. Nous assistons alors à la transformation d'une maladie d'organe en une maladie générale, *totius substantiæ*.

L'asystolie est le type de ces états ultimes, dernière et inévitable étape des cardiaques vers la fin de leurs souffrances, à laquelle il s'agit de ne les laisser arriver que le plus tard possible, en leur faisant prendre, — si l'on veut me permettre cette expression, — le chemin des écoliers.

Dans les affections hépatiques, on observe aussi parfois un complexus morbide analogue comme signification, assez nettement caractérisé pour qu'on ait dû lui donner un nom spécial : c'est l'ictère grave ou acholie. Pourquoi ne connaîtrait-on pas un jour quelque chose de semblable relativement à chaque appareil ?

On comprend quel intérêt s'attache à l'étude de ces terminaisons des maladies chroniques, puisque leurs signes précurseurs trahissent l'approche du danger et indiquent impérieusement certaines précautions thérapeutiques capables de le conjurer. Ainsi le manomètre avertit le chauffeur de l'excès de pression dans sa chaudière ; ainsi l'électroscope, par l'écartement de ses feuilles d'or, révèle la tension maximum et l'imminence de la décharge électrique.

Ce que nous venons de dire de l'asystolie et de l'ictère grave s'applique exactement à l'urémie. « L'urémie est, en effet, l'issue nécessaire vers laquelle tendent fatalement toutes les affections rénales arrivées à une certaine période de leur évolution (Rendu). »

Ce mot d'urémie, dont la paternité appartient à feu le professeur Piorry, déjà père du plessimètre, a été assez mal choisi d'ailleurs; il éveille l'idée d'une intoxication du sang par l'urée, idée démontrée fausse par l'innocuité des injections expérimentales d'urée dans la circulation. Si impropre que soit le terme incriminé, il a droit de cité dans la science; comme tel, mieux vaut le conserver que d'en chercher un nouveau qui ne serait peut-être pas meilleur. A la différence de certains édiles qui croient modifier les opinions politiques d'une partie de leurs concitoyens en changeant les noms des rues que ceux-ci habitent, les pathologistes ont mieux à faire que des révolutions dans les mots. Une expression est assez bonne du moment qu'on est d'accord sur le sens qu'il faut lui attribuer.

Or, les nosologistes s'entendent pour désigner, par le terme d'urémie, l'accumulation, dans le liquide sanguin, de tous les principes de *désassimilation*, accumulation causée par l'insuffisance de la dépuration urinaire. Toutes les fois que, par une des causes sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, l'appareil uropoïétique cesse de pouvoir jouer son rôle d'émonctoire, l'urémie est constituée; et cet état morbide, toujours secondaire, se révèle par un ensemble de symptômes qui est comme *l'acte de déchéance du rein.*

I

Causes et symptômes de l'urémie.

On peut répartir en deux catégories les causes de l'urémie.

L'une comprend celles qu'on peut appeler causes *premières*, — pour employer le jargon des philosophes, — ou causes nécessaires, attendu, que sans elles, l'action des autres serait insuffisante. Telles sont toutes les lésions aiguës ou chroniques de l'appareil urinaire, pourvu, disait Béhier (1), qu'il existe l'une ou l'autre des deux conditions suivantes : 1° absence de sécrétion par cessation des fonctions spéciales du rein; 2° absence de l'excrétion de l'urine, déjà formée, par obstacle à son cours.

Addison avait déjà remarqué, et l'on a vérifié maintes fois depuis, que c'est bien moins le degré avancé de l'altération anatomique que son étendue qui en constitue la gravité au point de vue de l'établissement des accidents urémiques. C'est ainsi que l'inflammation catarrhale et superficielle, mais généralisée, des néphrites scarlatineuse et gravidique entraîne plus souvent, et surtout plus rapidement l'urémie, que les dégénérescences profondes, irréparables, mais limitées. On ne voit guère d'urémie dans le cancer du rein, dans la suppuration rénale; au contraire, elle est consécutive à la transformation kystique des reins, à la compression des uretères par un cancer de l'utérus; rare dans la dégénérescence amyloïde, — assez fréquente dans la néphrite parenchymateuse chronique, au cours de laquelle elle ne serait, suivant Piberet et Richardson, que l'expression d'une nouvelle poussée inflammatoire aiguë, — l'urémie est de règle dans la néphrite interstitielle.

Sous le nom de causes *secondes*, nous opposerons aux précédentes celles qu'on pourrait encore appeler occasionnelles, et qui, inhérentes le plus souvent à la marche même de la maladie rénale, peuvent aussi parfois dépendre d'une intervention thérapeutique intempestive ou maladroite.

Expliquons-nous :

Un malade, atteint de néphrite parenchymateuse chronique, présentait des hydropisies viscérales multiples ou une anasarque généralisée; l'analyse de la sérosité épanchée a démontré qu'en pareil cas, elle est chargée de principes excrémentitiels, et que le processus hydropigène est destiné à combattre l'insuffisance croissante des reins malades. Sous l'influence de purgatifs drastiques réitérés, un mouvement de résorption s'accentue avec rapidité ou s'opère brusquement; aussitôt, par le fait de la réintégration dans le sang des principes excrémentitiels, l'urémie éclate.

Chez un saturnin on a relevé les signes de néphrite interstitielle sur lesquels nous insistions dans le précédent article, l'hypertrophie cardiaque suppléait au rétrécissement progressif du champ circulatoire dans le rein atrophié. Mais des émotions viennent troubler l'innervation du cœur; ou bien une maladie fébrile intercurrente, en même temps qu'elle augmente la quantité des produits de la désassimilation, affaiblit la puissance contractile du moteur circulatoire; dès lors, l'équilibre entre le cœur et le rein est rompu; conséquence : urémie.

Enfin dans une autre circonstance, c'est à l'administration de certains médicaments que l'on peut attribuer l'apparition des accidents urémiques: on incrimine, surtout en pareil cas, les mercuriaux (Bright, Barlow), l'opium (Richardson), la digitale (Bouchard). Les bains de vapeur ont été accusés par Marchal de Calvi.

Variable est le mode d'apparition des phénomènes urémiques. Ou ils apparaissent chez un sujet que l'on sait atteint d'albuminurie, — et dans ce cas le médecin n'est pas surpris, préparé qu'il est à cette éventualité par la connaissance de la néphrite existante, — ou bien ils se déclarent au milieu de la santé en apparence la plus complète, et ce sont eux alors qui mettent sur la piste d'une affection rénale le praticien non encore prévenu; c'est dans la néphrite interstitielle, maladie latente par excellence, que ce second mode de début est habituel, et nous n'aurons qu'à rappeler ce que nous avons dit dans notre précédent article relativement au diagnostic du stade préalbuminurique de cette affection.

L'urémie peut être précédée de prodromes; elle peut, d'autres fois, se révéler d'emblée par les accidents les plus graves.

Les signes précurseurs consistent, dans le premier cas, en troubles nerveux mal déterminés tel qu'une apathie habituelle, une sorte d'obtusion de l'intelligence avec somnolence et lenteur de la mémoire, qu'entrecoupent une céphalalgie frontale ou occipitale opiniâtre, une insomnie avec agitation nocturne et vertiges fréquents. On relève aussi des troubles sensoriels, diminution de l'ouïe, bourdonnements d'oreilles et surtout une amblyopie ou plus exactement une cécité subite, sans lésion du fond de l'œil appréciable à l'ophthalmoscope. Ce phénomène diffère

(1) *Progrès médical, 1873.*

absolument de l'amaurose consécutive à la rétinite brightique dont nous parlions la dernière fois; accident purement nerveux, il disparaît aussi inopinément qu'il était apparu.

On note encore des troubles digestifs consistant en une dyspepsie tenace, anorexie, état nauséeux, parfois même des vomissements ; d'autres fois une oppression habituelle que n'expliquent pas suffisamment les phénomènes d'auscultation.

L'examen des urines fait à cette période initiale est d'un haut intérêt; on peut constater, s'il s'agit d'un malade atteint de néphrite parenchymateuse, que la quantité d'urine émise quotidiennement s'abaisse, sans que la densité de celle-ci s'accroisse en proportion de sa concentration. — S'agit-il d'un malade atteint de néphrite interstitielle ? il faut se rappeler que, la polyurie étant la règle dans cette affection, une quantité d'urine oscillant à peu près aux environs de la normale peut masquer fort bien une dépuration urinaire insuffisante. Il faut, comme le recommande Jaccoud, tenir grand compte de la densité de l'urine plus encore que de sa quantité; et si on voit la première tomber du chiffre de 1018 à 1014, 1010, 1008, on doit s'attendre à voir apparaître prochainement des accidents.

L'urémie confirmée présente des allures cliniques fort variables, suivant la prédominance de tels ou tels symptômes. Aussi a-t-on dû admettre plusieurs catégories. C'est ainsi que deux grandes formes s'imposent d'abord, l'urémie aiguë, l'urémie chronique ou lente.

A la première se rattachent des variétés plus ou moins tranchées. Ainsi les convulsions peuvent prédominer : on assiste à des secousses convulsives presque toujours générales, rarement localisées, affectant la forme exclusivement clonique; d'autres fois, l'attaque revêt les caractères de l'éclampsie avec perte de connaissance, mélange de convulsions toniques et cloniques, stertor et coma passager ; enfin Jaccoud a vu des contractures tétaniques et une raideur des muscles de la nuque et du tronc simulant l'opisthotonos.

Telle est la forme *convulsive* qui aboutit, en général, après plusieurs attaques, à la forme *comateuse*, bien que celle-ci puisse s'établir d'emblée. L'encéphalopathie comateuse est, suivant Lasègue, du pronostic le plus grave et soulève toujours une extrême difficulté de diagnostic.

La forme *délirante* peut affecter une allure monotone et tranquille ; le malade marmotte paisiblement des phrases sans suite et semble, comme on l'a dit, faire *la chasse aux idées*; ou bien, plus rarement, le délire est bruyant et frénétique, il faut contenir le malade de force dans son lit.

Ou enfin les accidents nerveux simulent la manie (Lasègue).

Bien entendu les formes *mixtes* ne sont pas rares dans lesquelles on voit alterner les convulsions, le délire et le coma. La réunion de tous les accidents précédents est, en général, comprise sous la dénomination *d'urémie cérébrale*.

On décrit sous celle d'*urémie respiratoire* les cas où se montrent des accidents dyspnéiques à caractères spéciaux; ou bien c'est une dyspnée subite, avec anxiété et anhélation; les respirations sont fréquentes et ne s'accompagnent d'aucun bruit laryngé, le murmure est faible ou absent, l'auscultation ne révèle point de râle et pourtant le malade asphyxie visiblement ; le diaphragme est en cause et la paralysie domine.

Un élément spasmodique peut se manifester sous forme d'inspiration bruyante, sifflante, croupale, c'est un spasme du larynx qui a fait croire la suffocation assez imminente pour qu'on ait pratiqué la trachéotomie (Christensen).

Enfin on connaît sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes un type spécial qui paraît être sous la dépendance d'un trouble de l'innervation bulbaire: car, bien que dans la majorité des cas on doive le rattacher à l'intoxication urémique, on l'a observé aussi dans d'autres affections où la circulation du bulbe n'est pas normale, telles que la méningite tuberculeuse, les tumeurs cérébrales et même l'insuffisance aortique. Ce type de Cheyne-Stokes est plus habituel dans l'urémie chronique lente; il consiste en une modification du rhythme respiratoire. Les mouvements, d'abord lents, naturels et silencieux, deviennent peu à peu plus fréquents et plus anxieux, d'une tonalité haute et bruyante ; puis, suivant une gradation inverse et descendante, ils se ralentissent peu à peu jusqu'au moment où se produit une pause complète, une apnée absolue et prolongée dont le malade n'a pas conscience, puisqu'elle se produit même pendant le sommeil. Bientôt les inspirations reparaissent d'abord faibles et rares, puis de nouveau précipitées et bruyantes pour continuer ainsi avec les mêmes phases pendant des heures, des semaines et parfois davantage.

On peut rattacher à l'urémie sinon cérébrale au moins cérébro-spinale ces formes de dyspnée que nous venons de décrire; on y peut joindre encore la variété *articulaire* (Jaccoud) caractérisée pa l'existence des douleurs rhumatoïdes.

Enfin le tube digestif peut être particulièrement affecté par les manifestations de l'empoisonnement urémique. Les troubles *gastro-intestinaux*, associés ou non aux précédents, consistent en une anorexie absolue, des nausées, puis des vomissements incoercibles dans lesquels l'analyse chimique décèle la présence de principes excrémentitiels. L'existence de ces vomissements rend l'alimentation bientôt impossible; la nutrition nulle entraîne l'amaigrissement cachectique que hâte l'apparition d'une diarrhée, soit purement séreuse, soit dysentérique, et la mort survient au milieu de ce complexus cholériforme, si déjà un coma apoplectique ou une asphyxie graduelle ne sont pas venus mettre fin à la pénible situation du malade.

(*A suivre*) Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Révision de la législation médicale.

DEUXIÈME PARTIE : PREMIÈRE LETTRE.

Historique.

Les tentatives faites dans le but d'amener la révision des lois qui régissent l'exercice de la méde-

cine et de la pharmacie, datent de loin déjà : il peut être intéressant d'en retracer l'historique.

La législation de l'an XI comprend : 1° la loi du 19 ventôse qui pose les principes généraux, et l'arrêté du 20 prairial portant règlement d'administration publique en ce qui concerne la médecine; 2° la loi du 21 germinal pour l'enseignement et l'exercice de la pharmacie.

Cette législation tout entière a pour point de départ l'idée des deux ordres. Elle crée deux ordres de médecins : les uns réunissant toutes les conditions d'aptitude et jouissant du plein exercice de leur profession ; les autres, institués à moins de frais, après moins d'efforts et de travail, presque sans garanties sérieuses d'études, auxquels il est interdit d'exercer en dehors d'un département ou de faire les grandes opérations. Les garanties de capacité exigées du premier ordre lui-même étaient insuffisantes. La loi, impuissante à empêcher que les officiers de santé se confondissent avec les docteurs, l'était également à marquer une distinction bien tranchée entre les médecins régulièrement reconnus et la foule des empiriques ou des prétendus guérisseurs de tout ordre.

La pharmacie était constituée sur les mêmes bases : d'une part deux ordres de praticiens, c'est-à-dire deux ordres d'enseignement et de conditions d'exercice ; d'autre part, pour le premier ordre lui-même, complète insuffisance d'études et de garanties.

Aussi, dès 1811, Dupuytren signalait les vices de cet état de choses, et le conseil d'Etat impérial demandait une nouvelle loi. Un projet fut préparé en 1820, voté en 1825 par la Chambre des députés et en 1826 par la Chambre des pairs ; mais cette dernière, ayant adopté l'amendement de Chaptal qui substituait aux officiers de santé des licenciés en médecine ayant droit d'exercice général, le gouvernement d'alors retira le projet de loi.

Sous le gouvernement de Juillet, ce fut l'ordre unique, le doctorat pour tous, qui fut constamment proposé ; d'abord par une grande commission composée, en 1838, des noms les plus éminents de la science ; puis, en 1845, par le Congrès médical, une des représentations d'intérêts spéciaux les plus larges qui se soient vues dans notre pays ; enfin, l'année suivante, par la commission dite des Hautes Etudes, et par le Conseil royal de l'Université, chargés d'examiner ce qu'avaient de réalisable les vœux exprimés, par les intéressés eux-mêmes, au sein du Congrès.

Comme conclusion, la suppression, pour l'avenir, du titre d'officier de santé fut inscrite dans le projet de loi sorti en 1847 de ces délibérations, et admise dans le rapport du comte Beugnot, parlant au nom de la commission de la Chambre des pairs qui avait examiné ce projet : enfin elle fut consacrée par la Chambre elle-même et portée au Palais-Bourbon par le Ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy.

Mais on était au 3 janvier 1848 et, peu de semaines après, au moment où la discussion allait s'ouvrir, le pays se trouvait en présence de bien d'autres problèmes.

L'Empire essaya vainement de reprendre l'œuvre interrompue.

Dans un rapport officiel, servant de préface à la statistique de l'enseignement supérieur, M. Duruy disait en 1868 :

Ces enquêtes approfondies ont déjà eu pour résultat le vote unanime de deux lois importantes dans l'ordre des études primaires et secondaires. Une troisième est nécessaire pour l'enseignement médical. — Préparée dès 1811, cette loi est encore à faire. Elle sera prochainement soumise au Conseil d'Etat.

En effet, depuis quatre ans, une Commission étudiait la question. Son travail était terminé à cette époque.

Un projet était élaboré. Mais, au moment où il allait être envoyé au Conseil d'Etat, les horizons s'étendirent : on rencontra des demandes tendant à la liberté de l'enseignement supérieur, dans toutes ses branches, et spécialement pour la médecine. Il fallut diriger de nouvelles études en ce sens, et, quand enfin le Conseil supérieur de l'instruction publique vint à être saisi de leurs résultats, dans l'été de 1870, les événements, encore une fois, arrêtèrent tout.

La question revint, à plusieurs reprises, devant l'Assemblée nationale.

En 1871, M. Naquet présentait une proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine. Mais ce projet, qui n'abordait d'ailleurs qu'une des faces de la question qui nous occupe, fut renvoyé à la commission chargée d'examiner les propositions relatives à la liberté de l'enseignement supérieur, et disparut pour ainsi dire au milieu des préoccupations d'un autre ordre, qui semblaient guider uniquement les membres de l'Assemblée.

Le problème fut encore posé, d'une façon incidente, lors de la discussion qui aboutit à la création de nouvelles facultés de médecine; mais il ne pouvait, sous cette forme, recevoir de solution.

Enfin, la révision générale de la législation de l'an XI, en ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie, fut proposée par un groupe de députés, parmi lesquels nous sommes heureux de signaler des noms sympathiques au corps médical (1).

Cette dernière proposition tendait à ce qu'il fût nommé une commission de quinze membres, chargée d'étudier la question ; prise en considération, elle fut renvoyée à l'examen d'une commission spéciale (2) dont M. de Salvandy fut le rapporteur autorisé.

Le rapport, auquel nous avons emprunté la plus grande partie de cet historique et auquel nous devrons avoir souvent recours encore, se terminait par la demande d'adoption du projet de loi suivant, pour lequel, de plus, l'urgence était réclamée :

Art. 1er — Une commission sera nommée dans les bureaux à l'effet de procéder à la révision de la loi du 19 ventôse et du 20 prairial an XI, relatifs à l'exercice

(1) MM. Naquet, Bourgeois, Chevandier, Cochery, Dufay, Gent, de Salvandy, Tallon, Tiersot et Voisin.

(2) Cette commission était composée de MM. Carnot (père), président ; de Salvandy, secrétaire ; Tiersot, Morvan, Testelin, Bamberger, Besnard, Villain, Naquet, Warnier (Alger), Bouisson, Ancelon, Daguenet, Arfeuillères, Bourgeois.

de la médecine, ainsi que la loi du 21 germinal an XI, sur l'enseignement et l'exercice de la pharmacie.

Art. 2. — Elle devra préparer un projet de loi pour régler d'une façon générale tout ce qui se rapporte à l'art de guérir, et spécialement déterminer les conditions d'exercice de la médecine, les conditions d'étude ou d'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Art. 3. — Cette commission sera composée de trente membres, à raison de deux par bureau.

On sait quels étaient, à l'égard du corps médical, les sentiments de l'Assemblée, et comment fut accueillie cette nouvelle tentative.

Divers projets, dus à l'initiative parlementaire, furent plus tard déposés sur le bureau de la Chambre des députés : citons la proposition de M. Roger-Marvaise relative à *l'exercice de la médecine en France par les médecins et chirurgiens étrangers gradués des universités étrangères*. Le 16 mai arriva, la Chambre fut dissoute et, une fois de plus, tout fut à recommencer.

Les événements politiques qui suivirent les élections législatives de 1877 firent momentanément oublier les réformes médicales ; mais en 1878, M. Roger-Marvaise reprenait sa proposition et M. Chevandier réclamait la réglementation de l'Assistance publique dans les campagnes.

Le gouvernement lui-même mettait à l'étude un projet de réforme de l'exercice de la pharmacie.

Comme toujours, malheureusement, ces documents restèrent oubliés dans les archives de la Chambre, de sorte que la question des réformes demeure actuellement intacte comme il y a cinquante ans.

Cet historique est peut-être peu encourageant pour la tentative que nous voulons faire ; il a du moins l'avantage de nous dispenser d'entrer dans de trop longs développements sur la nécessité des réformes que nous sollicitons.

Si tous les gouvernements qui, depuis 1811, se sont succédés en France, ont tenté de modifier ce que la législation de l'an XI pouvait avoir d'insuffisant, c'est apparemment que la nécessité de cette modification n'était ni contestée ni contestable.

Bien plus, les divers rapporteurs que tant de propositions diverses ont appelés à la tribune, ont été unanimes à convenir que *l'urgence des réformes s'imposait aux pouvoirs publics et que, parmi les réorganisations diverses qui réclamaient leur attention, peu dépassaient en importance la reconstitution de la profession médicale.*

Quand un tel langage est tenu à la tribune française, il pourra sembler superflu que nous élevions la voix à notre tour ; mais nous nous rappelons les excellentes paroles que M. Chevandier nous adressait, lors de la première réunion des adhérents du *Concours médical* : « C'est à vous, disait-il, qu'il appartient en propre de produire les cahiers de vos doléances. Adressez vos communications à la réunion des médecins législateurs, elle tiendra à cœur de s'en inspirer ! »

Un grand nombre de nos confrères se sont empressés de répondre à cet appel sympathique, des vœux divers se sont fait jour ; — nous avons accepté de nous en faire l'écho, puissions-nous ne pas faillir à une pareille tâche !

Dr A. GASSOT.

II

LES CERTIFICATS ADMINISTRATIFS.

Cher confrère,

Dans une de mes dernières lettres je parlais du Ministre de l'Intérieur qui se mettait en contradiction avec l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, titre VI. Aujourd'hui je viens vous entretenir un moment au sujet du Ministère des Postes qui viole inconsciemment l'article 378 du Code. Voyons d'abord cet article 378 :

Les médecins, etc... dépositaires... des secrets qu'on leur confie, qui... auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 fr.

Voici maintenant le fait :

Une de mes clientes, receveuse des postes d'une commune voisine, est malade ; je la soigne ; elle entre en convalescence et serait bien aise de prendre un congé de quinze jours. L'administration demande un certificat ; je donne le suivant :

« Je soussigné, certifie que Mme... receveuse des postes, vu son état, est dans la nécessité de prendre un congé de quinze jours — (l'administration n'accorde que des congés de quinze jours, que l'on peut renouveler) ; » et je signe.

Le certificat m'est retourné, comme nul, parce qu'il ne contient pas la mention de la maladie. Je refuse d'en faire un dans le sens indiqué et l'on n'accorde pas le congé à ma malade, qui, furieuse, me déclare que je suis le premier médecin qui ait refusé de mettre *une maladie* sur le certificat, etc. ; résultat — perte d'un client.

J'écris à l'inspecteur de Tours ; il me répond par une longue lettre, dont voici quelques extraits.

« Monsieur, les administrations *exigent* que les certificats fournis par leurs agents, à l'appui de demande de congé, indiquent la nature de la maladie, et, dans une trop longue carrière, je n'ai jamais vu de médecins refuser de fournir cette indication.

« Il est certain que si Mme... produit à l'appui de sa demande un certificat présentant cette lacune, non-seulement on lui refusera le congé dont elle a besoin, *mais encore on se livrera à des suppositions fâcheuses.* » Puis mon correspondant prétend que, de ce que le certificat n'est pas envoyé par moi à l'administration, mais par la demanderesse elle-même, je ne viole pas la loi, parce que la malade peut s'en servir ou non !

Que de choses à dire à ce propos :

1° Je suis donc le premier qui ai protesté contre cet abus ; ce ne serait pas à la louange du corps médical !

2° De ce que je refuse de mentionner la maladie, il y aura des suppositions fâcheuses !!

3° Je suppose que ma malade se serve de mon certificat, j'ai indiqué comme maladie : flueurs blanches ou kyste de l'ovaire, ou tout autre chose analogue. — Voyez-vous tous les bureaucrates se passant le certificat, pour rire de la malheu-

reuse. Est-ce acceptable?

Je suppose que la malade ne puisse se résoudre à envoyer le certificat, alors :

1° Elle n'a pas de congé;

2° L'on fait des suppositions fâcheuses.

C'est encore mieux !

3° Enfin je délivre un certificat et, comme cela se doit faire, je porte un diagnostic banal, par exemple : Fièvres pernicieuses, puis ma cliente est rencontrée par un agent ou un médecin de l'*Administration* qui... etc.

4° Enfin l'*Administration* peut (peut-être) faire vérifier mon diagnostic !

5° Enfin, c'est odieux !

Et je refuse et je viens d'écrire directement au ministre à peu près dans ces termes :

« Monsieur le ministre...

« J'ai l'honneur de vous signaler un abus, qui bien que très ancien, n'en est pas moins un abus.

« Au mépris de l'article 378 du Code, l'administration des postes refuse d'accorder les congés pour cause de maladie, lorsque la maladie n'est pas mentionnée sur le certificat du médecin. L'administration déclare qu'il n'y a pas violation de la loi, parce que le certificat passe d'abord sous les yeux du malade qui peut s'en servir ou non.

« Monsieur le ministre, je vous demande si je dois mettre le diagnostic de la maladie de telle receveuse des postes.

« Elle a un cancer de l'utérus ! Les médecins cachent le mal de leurs et à leurs clients; mais ils ne peuvent mettre leur signature au bas d'un certificat faux.

« C'est du moins ma manière de voir.

« Vous voyez, Monsieur le Ministre qu'il y a abus.

« J'ai l'honneur, etc. »

Je vous tiendrai au courant, mais il me va falloir toujours faire un certificat, car ma cliente a besoin de congé et moi j'ai besoin de travailler pour vivre.

Et cependant si c'est une maladie difficile à déterminer ?

Oh ! les *administrations* ! Dr Bouthery

* * *

Mon cher confrère et collègue,

Voici l'épilogue de ma protestation au ministre.

Réponse ministérielle, confirmant l'abus.

Lettre de ma malade me priant de ne plus la compter au nombre de mes clientes. Elle a trouvé un confrère qui a donné le certificat demandé par une personne qu'il ne connait pas et qu'il n'a pas soignée. Il aura certifié des fièvres pernicieuses, c'est ce que désirait la malade !

Résultat : perte d'une cliente qui, furieuse qu'elle est, va très probablement m'enlever une bonne partie de la commune.

Morale. — Hurler avec les loups pour ne pas se faire manger par les susdits. Dr Bouthery.

III

La Clinique nationale ophtalmologique.

Voici la lettre que nous recevons de l'honorable directeur de l'hospice des Quinze-Vingts en réponse à un renseignement que nous avait demandé un de nos confrères. Comme cette réponse peut intéresser un certain nombre de nos confrères des départements, nous nous empressons de la publier *in extenso*.

Monsieur et honoré confrère,

La clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts a été fondée en 1880 sous l'impulsion de M. Péphau, directeur de l'hospice.

Cette clinique reçoit les malades indigents de la province, lorsqu'ils sont atteints d'une maladie des yeux *curable par une opération*.

Ces malades atteints de cataracte, d'iritis ancienne, de glaucome, ou de toute autre maladie qui n'a pas *enlevé la perception lumineuse*, doivent avoir un certificat d'un médecin constatant la curabilité de leur affection.

Ce certificat, légalisé par le maire, est adressé à l'hospice des Quinze-Vingts et visé par le médecin en chef qui, d'après les renseignements fournis par cette pièce, autorise ou refuse l'admission.

Les malades admis sont traités, nourris et logés gratuitement ; de plus, pour n'avoir à payer que la moitié du prix de leur parcours en chemin de fer, ils doivent faire timbrer le titre d'admission que l'hospice leur adresse en réponse au certificat visé et leur indiquant qu'une place à la clinique leur est réservée.

D'ailleurs chaque mairie a, dans ses archives, tous les renseignements nécessaires qui lui ont été transmis par les préfets de chaque département et le *Journal officiel* a inséré, à plusieurs reprises, ce mois-ci, un avis destiné à éclairer le public indigent qui sollicite son admission à la clinique nationale.

Outre les admissions gratuites des malades, le médecin en chef, assisté d'un chef de clinique et de trois externes, donne tous les jours des consultations gratuites de midi à 2 heures ; les indigents reçoivent en outre gratuitement tous les médicaments.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Pour le médecin en chef, le directeur des *Quinze-Vingts*. Péphau.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Placenta prœvia. — Tampon. — Injections sous-cutanées d'ergotine, d'éther, d'alcool. (Fragment d'une leçon du Dr Chantreuil). — Dans les cas d'hémorrhagie résultant d'une implantation vicieuse du placenta, M. Chantreuil a recours aux moyens suivants :

Il applique d'abord un tampon. A cet effet, il se procure 600 grammes de charpie, du cérat et du fil solide. Il fait en sorte que ce tampon soit bien serré. M. Pajot conseillait de mettre de la charpie *plein un chapeau* (une livre de charpie, autant de cérat).

Le tampon doit être laissé en place 24 heures. A cette époque, si on l'enlève, on est quelquefois surpris, malgré l'absence des douleurs, de trouver une dilatation cervicale suffisante pour permettre de terminer l'accouchement. C'est que, en pareil cas, il arrive d'ordinaire que la dilatation du col s'opère *lentement, silencieusement.*

Si l'hémorrhagie continue soit avant, soit après la délivrance, lorsque l'on ne peut administrer le seigle à l'intérieur, lorsqu'il convient d'agir très promptement, il faut recourir aux injections hypodermiques. Voici la formule de la solution utilisée par cet accoucheur :

R. Ergotine molle de Bonjean } āā 3ii
Eau dist. . . . . }

On peut en injecter trois ou quatre fois plein une seringue de Pravaz, de manière à arriver à la dose de 1 gram. 20 à 1 gr. 50 d'ergotine.

Mais ce n'est pas tout que le sang soit arrêté et que l'utérus soit bien rétracté à la suite de la délivrance. La malade court encore de grands dangers, résultant de l'anémie extrême dans laquelle elle se trouve plongée. Le danger vient, en pareil cas, de ce que les centres nerveux ne reçoivent plus le stimulant nécessaire.

Un excellent moyen de stimulation consiste dans l'emploi des injections sous-cutanées d'éther, qui ont pour double effet de stimuler l'organisme et de relever la température des malades, qui a subi un abaissement dangereux. On peut sans crainte injecter sous la peau trois ou quatre fois le contenu de la seringue de Pravaz. On se trouve bien, en outre, pour stimuler la vitalité, de pratiquer quelques injections sous-cutanées avec du cognac.

M. Chantreuil a eu plusieurs fois recours avec succès à ces moyens d'excitation, dans des cas assez graves pour motiver l'opération de la transfusion. En admettant même que l'on se trouve contraint à recourir à ce moyen extrême, les injections hypodermiques d'éther n'en présentent pas moins un très grand avantage. Par leur emploi, on gagne un temps précieux durant lequel l'accoucheur a la possibilité de se procurer des aides, ainsi que tous les objets et appareils nécessaires à la pratique de la transfusion. — (Dr Lhéritier. — *Revue de Thérap. Méd.-Chir.*).

CAUSERIE

Avis aux lecteurs

Nos lecteurs ont sans doute encore présent à l'esprit le récit de la fin tragique du malheureux docteur Agricol, mort victime du devoir professionnel (v. *Conc. Méd.*, numéros 12 et 14). Nous avons reçu de l'auteur de cette « *Simple Histoire* » une Causerie, dans laquelle sont abordées, sous une forme humoristique, les questions professionnelles traitées, dans nos colonnes, avec tant de compétence et d'autorité par notre excellent confrère, le Dr Gassot. Mais nous croyons qu'en France le ridicule est une arme plus forte encore que le raisonnement.

A ce propos, nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que notre très aimable correspondant, le Dr Barry, médecin consultant aux eaux de Royat, renonce à son pseudonyme de « Dr *Alpha* » ; — et maintenant que les présentations sont faites, laissons la parole *à notre ami Cacao*, — un ami que nos confrères reconnaîtront tous ; car tous ont dû avoir l'occasion de le pratiquer et de l'apprécier.

La Rédaction.

Mon ami Cacao

I.

Pauvre Cacao ! Il est mort aujourd'hui, que Dieu ait son âme ! Brave homme, bon père, bon époux ; de son vivant, pharmacien lauréat de l'Ecole de Paris, médaille d'argent à l'exposition de Brives-la-Gaillarde ou de Landerneau pour son sirop Sodo-Bromo-Ferro-Quino-Gommique dépuratif, apéritif, analeptique, régénérateur. Certainement ce garçon-là vint sur cette terre, un mortier sur la tête, un pilon en mains.

Je la vois encore cette officine avec son palmier d'or sur champ d'azur comme enseigne, ses grands flacons rouges, verts, jaunes, bleus; ses pyramides de poudres purgatives, vermifuges, laxatives, tempérantes ; ses trophées de seringues, de clysopompes plus ou moins à piston, à crémaillère, à rouet ou à répétition; ses guirlandes de pois à cautère et de pessaires hygiéniques; ses grands bocaux en porcelaine blanche couverts d'hiéroglyphes : pom. hyd. ; ung. mat.; etc.

Je l'aimais beaucoup ce bonhomme avec ses petites jambes, ses petits yeux gris, son petit crâne luisant et vierge de cheveux.

Un jour, je le vis entrer chez moi comme une bombe.

— C'est inimaginable, s'écria-t-il, presque sans me saluer, que le gouvernement tolère pareils abus ? Si l'on n'y met ordre, il n'y a plus qu'à fermer boutique.

— Contre qui en avez-vous, lui demandai-je. Expliquez-moi ce dont il s'agit.

— Comment, ce dont il s'agit ? Des religieuses, parbleu. Elles viennent de monter une seconde pharmacie dans le canton. Depuis que la première existe je fais deux mille francs de moins de recettes ; que la nouvelle me rogne pareille somme, que voulez-vous que je devienne ?

— Je suis d'autant plus de votre avis que ces dames exercent non-seulement la pharmacie, mais ce qui est plus grave et plus dangereux, la médecine. Toutefois, permettez-moi de vous dire que si l'on veut sérieusement réglementer nos professions (ce ne serait pas de luxe), il faut prendre les choses *ab ovo*, en commençant par vous autres, mon cher Cacao.

— Comment cela ?

— D'une façon bien simple et tout à fait radicale : en vous supprimant.

— Supprimer les pharmaciens ?

— Rien que cela. Je pose comme axiome que vous êtes l'inutilité la moins contestable ; et la preuve c'est que : qui ne vous possède pas s'en passe, qui vous possède n'en tire aucun avantage.

— Ah ! par exemple, c'est trop fort ! !

— J'admets, le pharmacien-médecin ou le médecin-pharmacien, mais ces deux tronçons d'un même corps, séparés comme ils le sont, c'est irrationnel au premier chef. Prenons des exemples. Je suis mandé près d'un malade résidant à 17 ou 18 kilomètres de ma localité. Comme il m'est interdit de délivrer des médicaments, je pars : *Rien dans les mains, rien dans les poches*. Or, calculez. L'Exprès parti à sept heures du matin arrive à dix. Un quart d'heure, vingt minutes pour les apprêts, puis en route. J'habite la plaine, le village est situé dans la montagne; mettons deux heures au bas mot. Je fais une ordonnance; je suppose (pour aller plus vite) l'individu qui vient chercher les remèdes reconduit par moi. Le temps passé près du client, le temps de retourner à la ville, c'est encore une heure et demie, ajoutez une nouvelle demi-heure pour confectionner, étiqueter, ficeler, cacheter votre potion;

trois heures que va mettre le commissionnaire pour retourner au hameau, total : 6 à 7 heures d'attente, 6 à 7 heures perdues. Si le cas est pressant, avouez que le pauvre patient est doué d'une volonté de fer, qu'il a bien envie de vivre, s'il est encore de ce monde pour avaler *la fiole!!*

Au contraire, j'ai le droit de fournir les médicaments. Je fais comme tous mes confrères de la campagne qui n'ont pas le bonheur de posséder un pharmacien. J'emporte mes remèdes avec moi.

— Vos observations sont légitimes jusqu'à un certain point; seulement les inconvénients que vous signalez vont cesser, grâce *aux boîtes de secours* dont seront pourvues toutes les communes.

Ces boîtes, vous le savez, contiendront les médicaments de première urgence.

— Nous y voilà. Et dire, M. Cacao, que l'on a découvert l'électricité, la vapeur, les semelles en carton et les faux-cols en papier; que des hommes d'élite ont trouvé le moyen de fabriquer du sirop d'orgeat avec de la fécule de pommes de terre ; du café, avec de la chicorée et du *poussier de mottes;* de la pâte de jujube, avec de la gomme, du sucre et des blancs d'œufs et que pas un... pas un! jusqu'en l'année de grâce 1881 n'avait inventé la *boîte de secours communale!* c'est renversant? Quel est donc le génie bienfaisant qui a eu l'idée lumineuse de doter sa patrie de cette admirable machine ? Cacao,

« Si ce n'est toi, c'est ton frère,
« Ou quelqu'un des tiens. »

Je n'en veux pour preuve que cette attention fine et délicate à l'endroit du pharmacien le plus proche chargé, par le projet de loi, de la fourniture des médicaments. La Commune! voilà, par Hippocrate, un client sérieux tout trouvé!

Enfin, supposons pour le moment notre *boîte de secours* bien et dûment installée. Elle sera fermée sans doute pour que tout le monde n'aille y puiser *ad libitum?* Qui en aura la clef? Le maire ou l'instituteur, disent les uns; le médecin, proposent les autres. Très bien. Si vous donnez la clef à l'instituteur, vous créez illico un nouveau médicastre dans la contrée, soyez-en sûr. M. l'adjoint est pris de coliques, la bienheureuse caisse renferme un flacon de laudanum, et vous exigeriez que l'humble pédagogue assistât, impassible, aux contorsions du sous-chef de la commune? qu'il laissât le mal tordre et retordre à son aise des entrailles administratives? horreur!!!

— Pardon, en aucun cas, il ne sera permis de donner des médicaments.

— De mieux en mieux. Votre instituteur est un gardien modèle. Verrait-il le conseil municipal tout entier se roulant à ses pieds, qu'il ne s'avisera jamais de toucher à son trésor. Seul, le médecin pourra prononcer le : *Sézame ouvre-toi.* Le voici mandé près d'un malade. Il part, il court, il arrive, O bonheur! le coffre contient les médicaments nécessaires. Mais voilà ; l'instituteur, qui, après tout, n'a pas charge de faire sentinelle autour de la boîte, comme les Hébreux autour de l'Arche sainte, est (avec la clef) à quelques dix kilomètres du village pêchant une friture de goujons.

— Pardon, s'il n'y est pas.....

— S'il n'y est pas, me direz-vous, il la laissera à sa compagne fidèle..... ou non. Oui, mais si madame aime aussi la pêche ? l'école est fermée comme la boîte, il faut courir après l'instituteur. Remarquez que, si vous choisissez M. le maire, c'est absolument la même chose avec cette différence que, pendant la belle saison, vingt-cinq fois sur trente M. le maire et la clef, l'un portant l'autre, seront aux champs.

— Oui, mais si elle est confiée au docteur? l'affaire est toute simple.

— Pas si simple que ça, mon cher Cacao, vous allez voir. Nous sommes six médecins dans la localité. Chacun de nous aura donc sa clef. Vous ne pouvez admettre qu'un seul d'entre nous en soit le gardien ; et que, si je suis cet heureux mortel, les docteurs X, Y, Z viennent chez moi à tout instant : Dites donc, confrère, passez-moi la clef?

J'y serai ou n'y serai pas; la clef sera ou n'y sera pas elle trotte avec A. ou B. et ne reviendra qu'avec eux.

— Alors chaque médecin aura sa clef.

— Oui, mais il faut encore que toutes les serrures soient identiques; sinon, voyez les inconvénients. Je visite pour ma part quinze communes différentes ; c'est quinze clefs qu'il me faudra. Si demain je suis appelé dans un seizième chef-lieu, nouvelle clef. La grosseur de mon trousseau augmentera en raison directe du nombre de villages où je me transporterai, façon comme une autre de chiffrer sa clientèle, mais le moyen de s'y reconnaître là dedans?

— Les serrures seront toutes uniformes.

— C'est un progrès. Me voilà près d'un client. Vite la boîte! la voici. — Belle invention ! comme c'est commode! dire que l'on a passé plus de dix-neuf siècles sans songer à cela! — Tout en faisant à basse ou haute voix cette série d'exclamations admiratives, mes deux mains fouillent simultanément toutes les poches grandes et petites qui ornent mes vêtements.

« Ma clef, ma clef,
« Qui m'a chipé ma clef!

Pas de clef! Ah! je me souviens! hier soir j'ai quitté, pour le donner à mon tailleur, un gilet auquel il manquait deux boutons, la clef se trouve dans ce mauvais gilet! A moins d'avoir autant de clefs que d'habits ou de la porter suspendue en breloque.....

— Vous exagérez, mon ami.

— Admettez-vous que tout ceci puisse arriver? oui, n'est-ce pas. Je vais plus loin. Vous voyez en moi (c'est une supposition) le médecin modèle, sans distractions aucunes. Je porte toujours mon petit talisman. J'ouvre toutes les boîtes de France et de Navarre, et puis? Je suis homœopathe, et n'ai confiance qu'aux soixantièmes dilutions, aux pilules d'un cent millième de substance active : votre coffre contient-il les médicaments chers à Hahnemann! Non. Que diable alors, voulez-vous que j'en fasse. Si je suis *dosimétriste,* trouverai-je les granules dont je me sers? N'allons pas si loin, je suis allopathe, tout ce qu'il y a de plus allopathe; voilà bien des remèdes urgents dont je me sers, mais il en est d'autres tout aussi urgents pour moi qui peuvent ne pas l'être pour la commission chargée d'en arrêter la liste et qui font défaut. Alors, chaque boîte sera composée d'après les goûts du médecin de la localité ou des localités voisines. Alors c'est une armoire qu'il nous faut ! Je ne voudrais pas être irrespectueux, mais votre boîte n'est pas une boîte, c'est une..... blague!!

Reste le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie étudié en ce moment par le conseil d'État. Ce projet (dont vous ne voulez pas) beaucoup plus coulant, beaucoup plus libéral (style de l'époque) que messieurs les pharmaciens, admet que dans tous les cas où il n'y aura pas d'officine ouverte à une distance de huit kilomètres, les médecins pourront fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés. Seulement surgissent de nouvelles complications. Si le village est situé

dans les montagnes, qui vous donnera la distance de ce village à votre domicile? comment l'atteindrez-vous? A moins d'avoir un podomètre! Calculerez-vous en suivant le chemin de chars ou le chemin des piétons?

Le hameau est sur la route nationale ou départementale à huit mille deux mètres; partant : autorisation de délivrer des remèdes. Tout-à-coup un exprès suant, soufflant, n'en pouvant plus, accourt à vous :

— Ah monsieur, j'allais vous chercher; il y a le père Machin qui vient d'avoir une attaque. Venez vite, s'il vous plaît, venez vite. Vous revenez sur vos pas, vous allez au secours de ce brave homme dont la maison n'est plus qu'à sept mille neuf cent quatre-vingt-dix-huit mètres.

Fatalité! défense de vous servir de vos médicaments! Alors, aux naïfs ruraux (style de l'époque) ébahis de vous voir rester les bras croisés, vous tenez à peu près ce langage : Mes amis, mes bons amis, j'ai là dans ma sacoche les remèdes nécessaires à cet honnête Machin; malheureusement il existe une loi qui nous défend, sous peine d'une amende de 200 à 1,000 francs, de donner des médicaments à moins de 8 kilomètres, or vous n'êtes qu'à 7,998 mètres. Il n'y a plus qu'une chose à faire : Voilà l'ordonnance, courez à la ville et revenez de suite. C'est une attente de trois heures au bas mot. Lorsque vous reviendrez, ce pauvre père Machin ne sera plus de ce monde, mais c'est égal, périsse le père Machin, plutôt que la pharmacie! Si, après cela, les paysans ne trouvent point que la législation sur cette bonne pharmacie est tout simplement sublime, je veux l'écrire à Rome.

(A suivre.) Dr Barry.

VARIÉTÉS

LORD BEACONSFIELD ET LES MÉDECINS ANGLAIS.

Les incidents qui ont marqué la dernière maladie du célèbre romancier et homme d'Etat anglais, ont provoqué, dans le public, une grande émotion, surexcitée d'ailleurs par les commentaires passionnés et malveillants de la presse quotidienne. Lord Beaconsfield, le premier ministre, l'homme le plus estimé, le plus populaire de l'aristocratie anglaise aurait vainement réclamé l'assistance et les conseils des médecins les plus réputés de Londres. Une question d'étiquette médicale, primant toutes les considérations d'humanité et d'intérêt public, les aurait éloignés du chevet de l'illustre malade. Telle était en substance le langage de la presse politique, et particulièrement du *Times*, — cette grande commère — qui saisit toutes les occasions d'ameuter l'opinion publique contre les médecins, et ne dédaigne pas, pour atteindre ce but, d'accueillir les cancans les plus absurdes, les papotages les plus futiles. Nous avons déjà, dans d'autres circonstances, signalé cette attitude malveillante aux lecteurs du *Concours*. Comme le remarque notre confrère, le *Medical Record*, de New-York, tout cela est fort plaisant ou fort triste, suivant le point de vue auquel on se place. Nous allons exposer les faits et chacun les envisagera à son point de vue préféré.

Lord Beaconsfield était asthmatique et goutteux. Durant ces trois dernières années il avait eu, à diverses reprises, de sérieuses indispositions. Au mois de mars dernier, devant passer la nuit à la Chambre des Lords, il fut obligé de prendre un anti-spasmodique avant d'intervenir dans le débat. Mais bientôt, probablement sous l'influence de la rigueur de la température, des symptômes graves se manifestèrent, et dans la nuit du lundi 29 au mardi, l'oppression devient si alarmante et le malade si faible qu'on redouta une catastrophe. La Reine exprima le désir qu'une consultation eût lieu. On demanda sir William Jenner.

Le Dr William Jenner, membre du collège des médecins de Londres, refusa net.

Pourquoi? C'est que Lord Beaconsfield avait pour médecin habituel le Dr Kidd, qui passait pour être médecin homœopathe.

Lord Barrington fut alors chargé de faire une démarche auprès du Dr Quain : il lui exposa que Lord Beaconsfield était dangereusement malade, qu'il souhaitait le voir, et que c'était aussi le désir de la Reine.

Le Dr Quain lui répondit qu'il serait extrêmement heureux de répondre à la confiance dont on l'honorait, mais qu'il ne pensait pas que ses services pussent être de quelque utilité, le médecin habituel de Lord Beaconsfield, le Dr Kidd, étant un praticien homœopathe. Lord Barrington lui fit observer qu'à sa connaissance, Lord Beaconsfield était traité suivant les méthodes ordinaires et par les remèdes usuels : il insista sur ce point qu'il serait extrêmement regrettable que, dans les circonstances actuelles, Lord Beaconsfield ne pût obtenir l'assistance médicale qu'il réclamait.

Le Dr Quain, très embarrassé, pria Lord Barrington de lui permettre de prendre l'avis de quelques-uns de ses collègues, avant de donner une réponse définitive. Ceux-ci, après avoir constaté que le Dr Kidd était régulièrement inscrit dans le *Medical Directory*, conseillèrent au Dr Quain de s'assurer si, oui ou non, le Dr Kidd était un homœopathe, et s'il traitait lord Beaconsfield homœopathiquement.

Le Dr Kidd répondit par la lettre suivante :

« Cher monsieur. — J'ai à vous remercier de votre communication. En réponse, je puis vous dire que je ne traite pas Lord Beaconsfield homœopathiquement, et de plus, vous assurer que vos conseils et vos prescriptions seront fidèlement suivis par moi. »

Cette lettre fut soumise au Président du collège des médecins de Londres, qui conseilla au Dr Quain de ne point persister dans son refus, et d'accepter la consultation.

Le Dr Quain se rencontra donc avec le Dr Kidd. Il trouva Lord Beaconsfield très gravement malade d'un asthme compliqué de bronchite. La respiration était extrêmement pénible, l'expectoration difficile. Le cœur était exempt d'altérations valvulaires, mais ses battements étaient faibles. L'urine contenait un peu d'albumine, sans qu'on pût en conclure qu'il y eût une altération du tissu des reins. Sa Seigneurie avait été traitée très judicieu-

sement avec les remèdes appropriés et suivant les préceptes de la médecine usuelle. De plus, Lord Beaconsfield était dans un tel état de faiblesse qu'il lui eût été impossible de donner lui-même des renseignements sur sa maladie, renseignements que le Dr Kidd seul était à même de fournir. De plus, le Dr Quain apprit des intimes du Lord, qu'il avait la plus grande confiance en le Dr Kidd, et que, si celui-ci se retirait, l'illustre malade en éprouverait une profonde impression.

Toutefois, le Dr Quain prit l'entière direction du traitement et installa au chevet du malade le Dr Bruce, de Charing-Cross Hospital, un jeune médecin des plus distingués, dit le *Bristish Medical Journal.*

Un mieux passager se manifesta d'abord : Lord Beaconsfield put être transporté quelques heures dans son salon, sur un canapé. Certaines métastases goutteuses affectèrent les articulations, puis disparurent rapidement. Le malade commençait à s'alimenter lorsque le samedi 16 avril, en même temps que les vents passaient du sud et sud-ouest à l'est, la situation changea. La faiblesse augmenta progressivement, le pouls monta à 90 avec des intermittences. La respiration se précipita et le sommeil devint plus lourd. Dans la nuit de lundi à mardi, vers quatre heures et demie du matin, Lord Beaconsfield succomba, entouré des médecins et de ses amis. Né en 1817, il n'était âgé que d'environ soixante-quatre ans.

Telle est la relation authentique des incidents qui ont été le point de départ d'une discussion qui dure encore. De nombreuses lettres ont été échangées entre les médecins et publiées dans le *Standard*, le *Times* et dans les journaux de médecine. Nous avons attendu, pour écrire cet article, que l'émotion fût un peu calmée et que les principaux intéressés fussent intervenus dans le débat. Le dernier numéro du *British medical Journal* (21 mai), contient encore une lettre du Dr Kidd, qui, dans toute cette affaire, a été la tête de Turc sur laquelle les confrères ont fait assaut de vigueur.

Tout d'abord, la lecture des articles de journaux et des lettres échangées m'a laissé fort perplexe. Les questions de personnes étaient si intimement liées aux questions de principes qu'il était difficile de démêler quels étaient vraiment les points en discussion. Maintenant je constate que l'opinion des journaux spéciaux et des médecins est favorable au Dr Quain. On s'accorde à reconnaître que sa conduite a été des plus correctes. Sur la question de principe, les avis sont divergents. Doit-on toujours et quand même refuser une consultation avec un médecin homœopathe? Problème complexe, qui comporte des solutions diverses : « Faut-il, dit le *Medical Record*, mettre un homme au ban de la profession parce qu'il croit qu'il y a dans la thérapeutique dite homœopathique des remèdes utiles, parce qu'il prescrit de petites doses avec de bons résultats ou parce qu'il pense que le « similia similibus » est un principe propre à le guider dans l'administration des remèdes? Cet homme peut se tromper, mais on ne peut en conclure nécessairement qu'il est fourbe ou stupide. »

Un médecin demande « si un praticien ordinaire est en droit de refuser son assistance dans un cas d'accouchement laborieux, lorsque le médecin qui est auprès de la femme est un homœopathe. »

D'autres, se plaçant à un autre point de vue, — le vrai, à notre avis, — demandent quelle signification peut avoir une consultation entre un allopathe et un homœopathe.

Un des plus vexés, dans cette affaire, a été le Dr William Jenner, qui, dans une séance au collège des médecins de Londres, où le Dr Quain exposait sa conduite, s'est écrié : « J'ai été appelé et j'ai refusé. Le Dr Quain a accepté la consultation. S'il a eu raison, c'est que j'ai eu tort. » Cette rigoureuse déduction a été confirmée par la docte assemblée. Le plus grand tort de sir William Jenner paraît être de n'avoir point su conserver la confiance de Lord Beaconsfield, dont il avait été le médecin avant M. Kidd.

Celui-ci, fort malmené par tout le monde, traité de rénégat par les homœopathes et d' « homme à compromis, » par les autres s'est fort nettement expliqué dans deux lettres où il répudie toute étiquette que l'on voudrait apposer sur sa personne; il fait de la médecine avec les remèdes ou les moyens qui lui paraissent donner des résultats satisfaisants. Il ne veut point être appelé homœopathe parce qu'il lui arrive d'employer certains médicaments empruntés à la pharmacopée homœopathique, et s'il est devenu et reste le médecin de Lord Beaconsfield, c'est uniquement parce qu'il a pu donner au noble comte un soulagement qu'il avait vainement attendu de ses médecins précédents, le Dr Jenner et sir William Gull.

Enfin, et pour terminer ce long article, disons avec l'un des correspondants du *Bristish medical Journal*, que l'on discute probablement sur des mots et que l'homœopathie de nos jours ne ressemble nullement à celle de jadis. Le nom reste, mais la chose change. « *Tempora mutantur, nos et mutamur in illis.* » Dr Marsh.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Cher confrère,

La réunion médicale pour l'organisation d'un syndicat a eu lieu à Agen, le 6 juin. L'assemblée a voté, à l'unanimité, la création du syndicat et la nomination d'un bureau composé de cinq membres. Le département se composant de quatre arrondissements, chaque arrondissement a eu son représentant au bureau, et le cinquième a été nommé Secrétaire-Trésorier. De plus, la prochaine réunion a été fixée au 12 septembre. Jusqu'à cette époque, nous allons faire tous nos efforts pour augmenter le nombre des adhérents, qui, déjà, s'élève à cinquante-six.

Veuillez agréer, etc. Dr Cassius.

Layrac, Lot-et-Garonne, 15 juin.

Le Directeur-Gérant: A. Cézilly.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2 Juillet 1881 — 3me Année. — N° 27

SOMMAIRE

CONSTITUTION
de la Société du "Concours médical,,.

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Le docteur Cézilly expose :

1° Que, frappé de l'impossibilité qu'éprouvaient à se produire au grand jour les revendications professionnelles du corps médical, il a fondé, de ses deniers, un journal d'un caractère spécial : *Le Concours médical*, où, à côté des questions d'ordre scientifique, une large place serait laissée aux questions professionnelles ;

2° Qu'une œuvre de ce genre, nouvelle en France, ne pouvait être menée à bonne fin que grâce à l'appui de ses confrères, et, qu'en conséquence, il a provoqué l'adhésion écrite de nombreux médecins aux vues professionnelles et médicales qu'à diverses reprises il a exposées au corps médical ;

3° Que, dans le programme de l'œuvre, il a été formellement convenu que l'appui fourni par ces adhésions au fondateur du dit *Concours médical*, aurait pour conséquence l'établissement de la propriété indivise du journal entre tous les médecins qui signeraient la susdite adhésion ;

Mais que, d'autre part, il a été non moins expressément stipulé dans la formule d'adhésion que les signataires ne pourraient, en aucun cas, être tenus à aucune contribution ni responsabilité pécuniaires quelconques ;

4° Qu'entre le fait de propriété, d'une part, et celui d'absence de charges éventuelles, d'autre part, il existe une incomptabilité absolue, et que, par conséquent, nécessité est de rechercher la solution la plus conforme aux intérêts de tous ;

5° Qu'à cet égard, les propositions faites par le Conseil judiciaire du *Concours médical*, dans la séance préparatoire du 16 décembre 1880, donnent toutes les satisfactions désirables et concilient de la façon la plus heureuse les termes du contrat moral intervenu entre le fondateur et les adhérents du *Concours médical* ;

6° Enfin que ces propositions, agréées par l'unanimité des membres présents à la séance préparatoire et publiées dans le compte-rendu de cette séance, n'ont soulevé, de la part des autres adhérents, aucune objection et, qu'en conséquence, il y a lieu de les adopter d'une façon définitive.

Ceci exposé, le docteur Cézilly, soussigné, établit les conventions suivantes :

§ 1er. — Propriété du journal.

ARTICLE PREMIER. — La propriété du journal *«le Concours médical»* reste appartenir au docteur Cézilly, son fondateur.

Art. 2. — Cette propriété se transmettra aux ayants-droit du docteur Cézilly.

Art. 3. — En cas de vente de cette propriété, la société ci-après formée entre les membres du *Concours médical* jouira du droit de préemption à prix égal.

L'acquéreur sera tenu d'exécuter toutes les charges et conditions résultant des présentes conventions.

§ 2. Administration et gérance.

Art. 4. — Les fonctions de rédacteur en chef, celles d'administrateur et de gérant du journal « *le Concours médical* » sont dévolues au docteur Cézilly.

Art. 5. — Ses droits sont limités par ceux des comités d'administration, de rédaction et d'études des annonces dont il sera parlé plus loin.

Art. 6. — Le docteur Cézilly a le droit de présenter son successeur aux fonctions mentionnées à l'article 4, sous les seules conditions que celui-ci sera membre du *Concours médical* et agréé par l'assemblée générale.

Cette faculté personnelle au docteur Cézilly, ne sera attribuée à son successeur que si celui-ci est seul propriétaire du journal.

Art 7. — Si, pour une raison quelconque, le docteur Cézilly, ou son successeur, n'a pu user de cette faculté, la désignation du nouveau titulaire des fonctions mentionnées à l'article 4 sera faite par un conseil composé des membres des trois comités désignés par l'article 5, auxquels s'adjoindra, pour la circonstance, le propriétaire du journal ou son représentant dûment délégué.

Cette désignation, qui ne pourra porter que sur un membre du *Concours médical*, sera soumise à la ratification de l'assemblée générale.

§ 3. Bénéfices de l'exploitation.

Art. 8. — Tous les frais généraux prélevés, les bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical* appartiennent :

10 0/0 à la propriété du journal,

90 0/0 à société civile du *Concours médical* dont il va être ultérieurement parlé.

Art. 9. — Cette proportion ne pourra être modifiée tant que les fonctions mentionnées à l'article 4 resteront entre les mains du docteur Cézilly ou de toute personne désignée directement par lui conformément à l'article 6 ci-dessus.

Mais, si le titulaire de ces fonctions était nommé conformément à l'article 7 ci-dessus, la propriété du journal serait alors rémunérée par le prélèvement de 10 0/0 sur les recettes brutes et non plus sur les bénéfices nets de l'exploitation.

§ 4. Société civile.

Art. 10. — Sur ces bases est fondée *la Société civile du Concours Médical* dont suivent les statuts.

Statuts de la Société Civile du ,,Concours médical''.

Article premier. — Il est fondé une société entre :..........

D'une part, le fondateur du *Concours médical*,

Et d'autre part, tout ceux qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode ci-après indiqué à l'article 16.............................

Art. 2. — Cette société prend le nom de Société civile du Concours médical.

Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

Art. 3. — Elle a pour objet la perception, l'encaissement et l'emploi de la fraction de 90 0/0 des bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical*, ainsi qu'il est stipulé à l'article 8 des conventions précédentes.

Art 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

Art. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au directeur.

Art. 8. — Le sociétaire qui se retire, ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication d'aucun genre.

Art. 9. — Le fonds social se compose :

a, des 90 0/0 annuellement prélevés sur les bénéfices de l'exploitation du journal ;

b, des fonds et valeurs provenant de l'emploi et des revenus de ces bénéfices ;

c, de tous les dons et legs faits au profit de la Société et, en un mot, de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

ART. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tous cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affecté, par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires, dans un but de solidarité et de confraternité.

ART. 11. — Le docteur Cézilly est directeur de la Société, conformément à l'article 1856 du code civil.

ART. 12. — Près du directeur sont institués trois comités consultatifs :

a, Comité d'administration.

b, Comité de rédaction.

c, Comité d'étude des annonces.

La composition et les attributions de ces comités, ainsi que le mode de nomination de leurs membres seront fixés par un règlement intérieur.

ART. 13. — Chaque année a lieu une assemblée générale des sociétaires ; cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

ART. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

ART. 15. — La Société sera dissoute à défaut de bénéfices provenant de l'exploitation du journal le *Concours médical*.

ART. 16. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée par l'acceptation, *sans retour dans la quinzaine de son envoi*, d'une carte qui sera adressée, sous leur nom et leur numéro d'inscription respectifs, à tous les médecins qui ont donné leur adhésion au programme du *Concours médical*.

Cette carte servira de titre pour la participation à tous les actes de la Société.

ART. 17. — Des règlements intérieurs, proposés par le directeur et approuvés par l'Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes exposés dans les présents statuts.

ART. 18. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts ni aux conventions qui les précèdent que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le ou les propriétaires du journal, d une part,

Et d'autre part, la société civile du *Concours médical*.

ART. 19. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

ART. 20. — Les présentes seront soumises à l'examen et à la ratification d'une Assemblée générale constitutive qui sera convoquée aussitôt que possible. Les délibérations seront prises, dans cette assemblée, à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre, et les décisions seront obligatoires pour tous les adhérents.

Dr CÉZILLY.

NOTA : Les cartes seront adressées aux adhérents vers le 20 juillet.

L'Assemblée générale constitutive est convoquée pour le 14 août prochain.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La publication des statuts de la Société civile du *Concours médical* ayant fortement réduit l'espace généralement accordé à notre *Bulletin*, nous nous voyons dans l'impossibilité matérielle de rendre compte à nos lecteurs de la dernière séance de l'Académie. Nous n'avions pas, du reste, l'intention de les initier ni aux questions de personnes, ni aux questions de priorité qui se sont agitées, non sans quelque passion, entre MM. Colin (d'Alfort) et H. Bouley ; ce n'est pas notre rôle ; mais nous croyons qu'il sera utile de faire connaître le brillant exposé que M. Bouley a fait de la méthode et des procédés qui ont conduit M. Pasteur à la découverte du vaccin charbonneux : il y a là, pour les médecins, un intérêt vraiment pratique. Nous dirons tout de suite cependant que, dans cette séance, M. Bouley a répondu d'une façon satisfaisante à un reproche très sérieux que M. Colin, et d'autres orateurs après lui, avaient adressé à M. Pasteur, celui de s'être trop pressé à publier ses résultats et de n'avoir pas attendu que le temps vînt les contrôler et les confirmer. Ce reproche tombe devant l'affirmation, portée à la tribune par M. H. Bouley, que des expériences antérieurement faites dans son laboratoire avaient permis à M. Pasteur de s'assurer que les effets de la vaccination charbonneuse persistaient au moins au-delà de six à sept mois.

On se rappelle avec quelle peine nous avons enregistré la décision de la Faculté de Paris qui repoussait la création d'une seconde chaire de Clinique d'accouchements. Nous ne sommes pas seul, paraît-il, à éprouver des regrets, si nous en croyons la note suivante publiée par le *Progrès médical* :

« Voici, sous toutes réserves, ce qui se serait « passé au dernier Conseil des professeurs, séance « du 2 juin :

« A l'occasion de la lecture du procès-verbal de « la séance du 19 mai, des observations auraient « été présentées par trois professeurs, MM. Sap- « pey, Verneuil et Le Fort. Ils auraient dit que, « forcés de s'absenter, ils n'ont pu prendre part « au vote relatif à la création des chaires nou- « velles; mais que, s'ils eussent été présents, ils « eussent voté pour la création d'une seconde « chaire de *clinique obstétricale*. A la suite de « cet incident, M. le Doyen aurait écrit à M. le « Recteur pour lui soumettre ces observations, « d'une importance exceptionnelle, car, si les « trois professeurs sus-nommés eussent émis leur « vote, les résultats du scrutin relatif à la créa- « tion d'une seconde chaire de clinique obstétri- « cale eussent été les suivants : Pour l'adoption, « 10; Contre, 9; Abstention, 1. — M. le Doyen, « aurait également prié le Recteur de mettre ces « faits sous les yeux du Ministre de l'instruction « publique. ».

Puisque cette question de l'enseignement obstétrical se présente encore sous notre plume, nous détachons d'un travail de M. Budin sur la comparaison de l'enseignement des accouchements à Paris et à l'étranger, les chiffres suivants qui nous paraissent bien significatifs.

	Chaires d'accouch	Nombre d'étudiants	Soit 1 chaire par
Angleterre,	18	2421	134,6 étud.
Ecosse,	6	1566	261
Autriche,	6	1505	250
Belgique,	4	238	59,5
Suisse,	3	404	134,6
Allemagne,	21	4405	209,7
Italie,	17	3455	203
Total....	75	13994	187

Ainsi, à l'étranger, il y a, en moyenne, 1 chaire d'accouchements par 187 élèves, tandis que, à Paris, il y a 2 chaires pour 5,100 étudiants c'est-à-dire 1 chaire par 2,550 élèves : encore la chaire de Clinique doit-elle seule entrer en ligne de compte pour l'enseignement pratique de ces 5,100 étudiants ! Avions-nous raison de réclamer contre un pareil état de choses et ces chiffres ne viennent-ils pas apporter, à l'appui de nos doléances, un argument bien sérieux ?

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE.

De tous les cancers, le plus pénible, assurément, est celui qui siége sur la langue. Il emprunte au siége qu'il occupe les caractères tout spéciaux, qui en font une des maladies les plus horribles qu'il soit possible de voir. Tout le monde a présent à l'esprit un de ces malheureux, atteint de cette triste affection. Objet de dégoût pour lui-même et son entourage, tourmenté par des douleurs intolérables, qui lui interdisent tout sommeil; obligé de déglutir avec une salive abondante, les débris mortifiés qui se détachent de sa tumeur, il traîne pendant plusieurs mois une existence qui se termine par une des cachexies les plus abominables, à moins qu'un accident brusque, comme une hémorrhagie foudroyante, un œdème glottique, souvent un suicide, ne viennent précipiter le dénouement.

Aussi, il n'est pas de question qui intéresse aussi vivement le chirurgien, il n'en est pas non plus de plus passionnante et, il faut le dire, de plus jeune, malgré les nombreuses recherches auxquelles cette affection a donné lieu. L'étude du cancer en général, et de celui de la langue en particulier, est toujours pendante. La nature de l'affection, les moyens d'y remédier, font l'objet des préoccupations constantes du chirurgien ; c'est l'objectif vers lequel tendent tous ses efforts depuis près d'un siècle, c'est l'ennemi héréditaire.

Aussi voit-on surgir fréquemment, dans les sociétés savantes, des travaux sur la matière. C'est un remède nouveau qui apparaît, sur lequel, au dire du parrain, on peut asseoir les plus grandes espérances ; c'est un procédé qui, permettant d'agrandir le champ opératoire, met par cela même plus à l'abri des récidives. Les discussions s'animent, l'étude du cancer tout entière est remise sur le tapis, et, après avoir alimenté plusieurs séances, la question s'éteint, et le remède tombe dans l'oubli, où il va rejoindre ses aînés.

Mais, s'il est vrai de dire que la question a peu avancé malgré les progrès faits en histologie, malgré les procédés opératoires nouveaux et un outillage beaucoup plus complet, il convient cependant d'enregistrer tout ce que les recherches récentes ont pu amener à découvrir, tant au point de vue purement spéculatif qu'au point de vue pratique.

C'est surtout à ce dernier point de vue que nous envisagerons cette étude. Après avoir établi les ca-

ractères que présente le cancer de la langue et qui permettent de le distinguer des nombreuses affections dont cet organe peut être le siége, nous chercherons à préciser dans quelles limites l'intervention est possible avec des chances de succès, quelle confiance il convient d'accorder au traitement médical de l'affection, quels sont les procédés opératoires nouveaux, et si l'intervention est reconnue impossible, par quel moyens il est donné au médecin d'adoucir les horreurs d'une des cachexies les plus abominables.

Une thérapeutique rationnelle et précise ne peut être basée que sur un diagnostic certain. Aussi les cliniciens se sont-ils efforcés, de tout temps, d'établir les caractères qui permettent de reconnaître le cancer lingual. Avant d'aller plus avant dans cette étude, nous croyons utile de fixer l'esprit de nos lecteurs sur les idées qui ont actuellement cours sur la nature du cancer de la langue. On a longtemps admis que toutes les variétés de cancer pouvaient être observées sur la langue, tout en reconnaissant la rareté des tumeurs mélaniques, squirrheuses, encéphaloïdes, et la fréquence plus grande de l'épithélioma. La thèse de M. Théophile Anger est venu bouleverser les idées admises jusque là sur la nature du cancer lingual. Après avoir successivement passé en revue et discuté les cas observés et décrits avant lui, cet auteur en est arrivé à conclure qu'il n'existait qu'une seule forme de cancer de la langue, la forme épithéliale, variété pouvant elle-même se présenter sous deux aspects complètement différents. Aussi a-t-il admis deux formes: l'épithélioma papillaire et l'épithélioma interstitiel. La distinction établie dans cette thèse, qui a fait époque dans l'histoire du cancer de la langue, est généralement admise aujourd'hui; elle nous a paru intéressante à rappeler, parce que ces deux variétés donnent lieu à des considérations diagnostiques d'un ordre tout différent.

Dans l'étude du diagnostic, nous laisserons de côté un grand nombre d'affections ou de tumeurs que l'on s'efforce de distinguer du cancer, quoiqu'elles présentent peu de points de ressemblance. Leur rareté est telle que le médecin trouve à peine l'occasion de faire cette distinction. Les tumeurs vasculaires (anévrismes, varices), les corps étrangers sont dans ce cas; d'autres présentent un aspect tout différent : telles sont les glossites aiguës, mercurielles, les abcès, les kystes. Les ulcérations tuberculeuses elles-mêmes présentent peu d'analogie avec celles du cancer. A supposer même qu'elles surviennent chez un sujet qui ne présente pas de signes évidents de tuberculose pulmonaire, on peut trouver, dans le seul examen de la lésion, des caractères assez tranchés. L'ulcération tuberculeuse occupe, comme le cancer, soit les bords, soit la pointe de la langue, mais la lésion ne procède pas de la même façon. L'ulcération est précédée par la production d'une couche blanchâtre que l'on peut détacher par le frottement; une fois constituée, elle s'étend en surface, les bords en sont irréguliers et peu saillants. Un examen attentif permet d'y constater la présence de points jaunes, signalés par M. Trélat comme caractéristiques de la nature tuberculeuse de la lésion.

Beaucoup plus fréquente est la confusion que l'on fait des ulcérations cancéreuses avec les pertes de substance qui siègent sur les bords de la langue, et qui reconnaissent une origine toute mécanique. Ici tout porte à la confusion, le siège de la lésion, son aspect, sa ténacité; on n'a guère, pour établir ce diagnostic, que l'absence d'induration à la base. Louis mettait en garde contre cette erreur les chirurgiens de son temps et recommandait d'examiner les dents à ce niveau.

Ce sont aujourd'hui des notions très répandues et l'on tombe plutôt dans l'excès contraire ; aussi dirions-nous volontiers qu'il faut tenir pour suspectes de semblables ulcérations lorsqu'après le limage d'une dent, l'ablation d'un chicot, elles ne cèdent pas promptement à quelques attouchements avec la teinture d'iode.

Dans tous ces cas le diagnostic est facile, nous n'en dirons pas autant des affections qu'il nous reste à décrire, elles exposent à des erreurs fréquentes et à des pratiques thérapeutiques funestes au malade. Dans l'immense majorité des cas, en pratique, c'est avec les affections syphilitiques que la confusion se fait le plus souvent. Combien de tumeurs réputées cancéreuses qui ont cédé à l'emploi des mercuriaux et de l'iodure de potassium.

Il y a donc lieu de rechercher les antécédents syphilitiques du malade, et de tenir compte de son âge. Le cancer survient entre cinquante et soixante ans, les manifestations tertiaires de la syphilis linguale apparaissent à l'âge adulte. Parmi les phénomènes fonctionnels qui sont propres au cancer, nous devons signaler la douleur d'oreille, sans lésion de l'organe de l'ouïe. L'otalgie symptomatique ne s'observerait, d'après Richard, qui a fait une étude approfondie de ce symptôme, que dans le cancer, la stomatite ulcéro-membraneuse et peut-être dans les brulûres.

Les antécédents établis, voyons avec quelles affections ces diverses lésions peuvent être confondues.

Le cancer, avons-nous dit, peut se présenter sous deux formes qui offrent chacune deux périodes, c'est un papillome ou une tumeur, avec ou sans ulcération.

Le papillome peut être pris pour des plaques laiteuses des fumeurs, pour du psoriasis buccal, ou des condylomes syphilitiques ou non. Ces lésions sont en tout comparables à celles de l'épithélioma papillaire, l'induration seule de la base fait défaut. Du reste, il y a peu de distance entre le psoriasis buccal, par exemple, et l'épithélioma ; nombreuses sont les observations où l'on a vu un cancer se développer sur une plaque d'ichthyose. Depuis les travaux de Bazin de MM. Debove, Mauriac, Trélat, Nedopil a publié quinze observations où le cancer s'est développé dans de semblables conditions.

Comme l'ichthyose, le cancer dérive d'un processus irritatif chronique. Dans le premier cas, on observe la production de cellules embryonnaires; qu'elles se transforment en cellules épithéliales, et l'épithélioma est constitué. Lorsqu'il existe une

ulcération au niveau du papillome, on pourrait le confondre, soit avec un chancre, soit avec des plaques muqueuses excoriées ou ulcérées plus profondément. Notons la rareté du chancre lingual, le jeune âge du sujet, l'excellent état de santé, l'absence de douleurs, la cicatrisation rapide de l'ulcère, l'apparition des accidents secondaires. Les plaques muqueuses ulcérées sont nombreuses, il existe des fissures sur leurs bords, l'ulcération tient à une cause mécanique le plus souvent; on peut voir sur d'autres points de la cavité buccale les plaques muqueuses avec leur aspect opalin.

Dans la forme interstitielle, lorsqu'il est constitué à l'état de tumeur, on peut confondre le cancer avec un kyste, un lipome, une tumeur fibreuse. Ces tumeurs présentent comme caractères : l'absence d'induration de la périphérie et l'indolence; elles évoluent avec lenteur, présentent, en un mot, tous les caractères des tumeurs bénignes.

C'est encore avec les tumeurs d'origine syphilitique (tubercules et gommes) que le diagnostic est à faire le plus souvent.

Les tubercules sont nombreux, rouges, durs, saillants, du volume d'un pois ou d'une noisette, la langue, suivant une expression consacrée, ressemble à un sac rembourré de noisettes.

La gomme commence par être sous-muqueuse, atteint le volnme d'une noix, puis se ramollit du centre à la périphérie. Ces tumeurs envahissent les deux côtés du septum lingual; elles siégent le plus souvent, comme l'avait indiqué Boyer, à la base et au milieu de la langue, tandis que le cancer siége plus volontiers à la pointe et aux bords.

A la période d'ulcération, le diagnostic du cancer et de la gomme est très difficile; l'ulcération présente les mêmes caractères; à peine peut-on noter une induration plus franche dans le cancer, une surface plus saignante, une odeur plus fétide. L'examen microscopique des parcelles recueillies sur l'ulcération, peut seul permettre d'en déterminer la nature.

Nous restreindrons l'étude du traitement à l'appréciation de la valeur du traitement médical, et à la description d'une méthode d'exérèse que l'on emploie volontiers aujourd'hui, pour l'ablation des tumeurs de la langue.

Et d'abord, deux mots des contre-indications à l opération et des soins que nécessite la maladie abandonnée à elle-même. On s'impose aujourd'hui, comme une règle absolue, de ne pas tenter l'ablation d'un cancer de la langue, lorsque l'on ne peut dépasser les limites du mal au moins d'un centimètre. Quoique le courant soit aux hardiesses opératoires, nous pensons également qu'il n'est pas d'une saine pratique de chercher à opérer un cancer qui a envahi le plancher buccal, les piliers du voile du palais. On doit s'interdire également toute tentative dans les cas où l'adénite est très volumineuse, on peut néanmoins opérer dans les cas où existent un ou deux ganglions mobiles peu volumineux, facilement abordables.

Mais lorsque le médecin est obligé d'abandonner la maladie à sa marche fatale, va-t-il rester témoin inactif des souffrances du malade? Cet abandon du malade serait coupable, car on peut faire beaucoup pour adoucir les horreurs de cette cachexie. Aux douleurs intolérables qui privent de sommeil le malade, on opposera les opiacés, le chloral, les injections de chlorhydrate de morphine, comme l'a recommandé M. Gosselin. La section du nerf lingual proposée et pratiquée d'abord par Hilton, n'a pas donné des résultats aussi satisfaisants que ceux que l'on en pouvait attendre, au dire de l'auteur du procédé, elle ne supprime pas, en effet, toutes les sources d'innervation de la langue, aussi est-il fréquent de voir les douleurs persister. Les injections fréquentes dans la bouche avec une solution concentrée de chlorate de potasse, conviennent très-bien pour entrainer les détritus du tissu mortifié; au besoin, on pourrait détacher les morceaux sphacélés. On doit également favoriser la déglutition des aliments et éviter au malade les douleurs qu'occasionne le contact des aliments, en le nourrissant avec la sonde œsophagienne. Les hémorrhagies de peu d'importance seront combattues par les styptiques, la compression, le froid. Lorsque l'ulcération a mis à nu une artère importante comme la ranine, la dorsale de la langue, il faut pratiquer la ligature de la linguale. C'est à titre de moyen palliatif que cette ligature doit être tentée, les chirurgiens n'ont pas été encouragés à la pratiquer dans un but curatif, malgré le cas rapporté par Mirault, qui anrait obtenu l'atrophie d'une tumeur cancéreuse, après la ligature des deux linguales.

Tels sont les moyens dont le médecin dispose, lorsque la tumeur n'est pas opérable. Supposons maintenant le cas d'un malade porteur d'un cancer de la langue, qui se présente dans les conditions les plus favorables; il est circonscrit, abordable par tous ses points; il n'y a pas d'infection ganglionnaire. Ici se pose la question du traitement médical; nous n'hésitons pas à le déclarer, c'est une pratique funeste à tous les points de vue. Non-seulement elle fait perdre un temps précieux, mais encore l'application de pommades, de solutions, vont irriter la tumeur, déterminer la propagation du néoplasme aux ganglions, et l'on va perdre toute chance de succès. Pas plus aujourd'hui qu'il y a cent ans, il n'existe de spécifique du cancer, le chlorate de potasse lui-même n'a pas réalisé, pour le traitement du cancer de la langue, les belles espérances qu'avaient fait concevoir les succès obtenus dans le traitement du cancroïde de la face par les médecins de Saint-Louis. Il faut retenir ceci, c'est qu'il n'est, à l'heure actuelle, qu'un moyen de guérir les tumeurs cancéreuses, l'ablation; qu'une manière de prévenir, ou tout au moins de diminuer les chances de récidive, c'est d'opérer le plus tôt possible.

Ceci dit du traitemeut médical et de sa valeur, nous laisserons de côté les procédés d'ablation décrits dans tous les traités de médecine opératoire, pour insister sur la ligature élastique. Sans vouloir faire un plaidoyer en faveur de cette méthode, nous tenons à faire ressortir les avantages qu'elle présente. Facilement acceptée par les malades, en raison de la simplicité de l'appareil instrumental, elle expose peu aux hémorrhagies secondaires,

aux accidents de pyohémie et aux complications habituelles des plaies comme l'érysipèle et le phlegmon; comme résultat on lui a surtout reproché de provoquer des douleurs intolérables, et de laisser dans la bouche, pendant le temps que le fil met à sectionner la tumeur, c'est à dire cinq ou six jours en moyenne, une tumeur sphacélée qui est un foyer d'infection. Pour ce qui est de la douleur, nous dirons, nous appuyant sur les expériences de M. Krishaber, que c'est surtout lorsque la constriction du fil est moyenne que la douleur est vive. Une ligature peu serrée ne détermine que des douleurs très-faibles; fortement serrée, elle amène rapidement la désorganisation des nerfs linguaux, et par suite, la cessation des douleurs. Aussi recommanderons-nous, avec cet auteur, de serrer très-peu le premier jour, et de serrer énergiquement le lendemain.

Pour ce qui est de la putridité des liquides buccaux, on peut y remédier par des injections désinfectantes; on pourrait, au besoin, morceler la tumeur et enlever les parties mortifiées.

Le manuel opératoire est très-simple : deux grandes aiguilles courbes, une pince à pansement, avec cran d'arrêt, des fils cylindriques ou bien des fils carrés, que l'on trouve dans le commerce, de deux à trois millimètres de diamètre et d'une longueur de soixante centimètres suffisent dans tous les cas.

Nous ne pouvons indiquer les manœuvres qui conviennent à tous les cas, ce qui excéderait trop les limites de ce travail; qu'il nous suffise de dire qu'il faut avoir soin de dépasser les limites du mal d'au moins un centimètre et opérer le plus tôt possible.

A. Layca.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Révision de la législation médicale.

Deuxième partie : deuxième lettre(1).

Nécessité de la révision de la législation de l'an XI.

Cette nécessité de la révision législative de tout ce qui touche à l'exercice de la médecine doit être envisagée à un double point de vue : l'Etat d'un côté, le corps médical de l'autre.

Commençons par l'Etat.

Il ne saurait méconnaître l'utilité d'une révision sollicitée sous les régimes les plus différents et réclamée, on peut le dire, dans toutes les assemblées politiques depuis un demi-siècle.

L'origine de la constitution actuelle du corps médical explique suffisamment les vices que le temps et l'expérience ont mis en évidence dans son organisation.

L'enseignement médical avait sombré sous le coup du décret du 16 août 1792 qui supprimait les universités, facultés et corporations savantes; on ne pouvait pourtant méconnaître l'importance de l'art de guérir, et il fallait rendre à cette branche de l'instruction sa splendeur ancienne. Mais l'œuvre de réédification garda l'empreinte des temps troublés où elle était faite, et le caractère transitoire qui marqua la plupart des lois consulaires.

A la suite des bouleversements que les études venaient de subir, il fallut tenir compte de la nécessité du moment, et cette nécessité, à son tour, imposa son joug à la législation.

On fit le mieux possible pour l'état passager de la société d'alors, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que cette organisation ne convenait plus à l'état plus rassis des esprits, à la répartition plus égale des lumières et des garanties au sein de la Société française : il n'y avait plus équilibre entre la constitution de la profession médicale, et la mission qu'elles remplissaient.

Ce vice d'organisation, nous l'avons vu, fut dénoncé dès 1811, mais une véritable fatalité fit échouer les nombreuses tentatives qui successivement furent faites pour le faire disparaître.

En vain des décrets furent-ils rendus pour modifier quelque peu, selon les exigences du moment, ce que les lois de ventôse et de germinal pouvaient présenter de trop défectueux; l'ensemble de la législation devait jusqu'à nos jours rester dominé par son vice originel.

Aussi n'est-ce pas à tel ou tel point particulier qu'il faut porter remède : c'est le principe même de la législation qui est en cause, c'est lui qu'il faut remettre à l'étude.

Dans un état démocratique, plus encore que dans toute autre forme de gouvernement, il est dangereux de laisser les lois inexécutées.

Une loi est-elle bonne? — qu'on l'applique; est-elle défectueuse? — qu'on la change! mais sous « *le règne de la loi* » l'Etat ne saurait dignement se soustraire à la loyale exécution des obligations qu'il a contractées vis-à-vis du corps médical.

Il est inutile d'insister : l'historique de la question, que nous avons exposé, suffit et au-delà, à montrer que l'Etat sent le besoin de la réforme que nous ne cessons de réclamer.

Passons au Corps médical... Quels sont ses vœux, quelles sont ses aspirations?

En 1845, un grand spectacle fut offert à la France : Pour la première fois, les représentants du Corps médical se réunirent en Congrès et, pendant quinze jours discutèrent, avec autant d'éclat que d'autorité, toutes les questions fondamentales de l'organisation de la médecine dans notre pays. — On put croire un instant que les vœux émis par ce Congrès allaient servir de base à une réforme de la législation, mais cet espoir fut de courte durée, et nous avons vu comment la chute du Gouvernement de Juillet entraîna *le projet de Salvandy* au moment où il allait être voté.

Le Congrès de 1845 avait pourtant eu un résultat pratique : C'est là qu'avaient été jetées les bases de l'Association générale des médecins de France. Cette Association, rapidement prospère, semblait avoir qualité pour porter la parole au

(1) Voir *Conc. méd.* no 26.

nom du Corps médical, pour faire entendre ses doléances.

Nous ne voudrions certes pas accuser les dignitaires de l'Association et encore moins porter atteinte à une œuvre qui a toutes nos sympathies, mais nous sommes obligés de convenir qu'elle a cruellement déçu l'espérance qu'elle avait fait naître. Nous ne pouvons mieux faire que de recueillir les aveux tombés de la bouche d'un des Présidents d'associations locales :

« Quand nous voulons aller au fond des choses, et quand nous demandons à cette puissante organisation, sur laquelle nous avions fondé tant d'espoir de relèvement, ce qu'elle a fait jusqu'ici pour l'amélioration professionnelle, nous ne trouvons pour toute réponse que la promesse éternellement décevante de faire valoir nos aspirations légitimes devant telle ou telle autorité.

« Puis, et subsidiairement, tout en reconnaissant le bien fondé de nos réclamations, on nous engage à ne pas porter nos droits lésés devant les tribunaux, comme si, sur la porte de ceux-ci était écrit, pour la médecine seulement, le vers désespérant du Dante. Cette année même, on a été plus loin, et, poussant à son comble ce conseil de désespérance, on nous a déclaré *que nous n'avions plus rien à attendre que d'un changement dans les mœurs*.

« Nous voilà bien loin de cette aide puissante que nous avions rêvée (1). »

Et, comme notre confrère, nous dirons que la faute est non pas aux hommes, mais aux choses, et que nous ne pouvons exiger de l'Association générale ce que, par son caractère, elle est incapable de nous donner.

C'est parce que nous avons compris son impuissance que nous avons entrepris une action parallèle à la sienne. Le *Concours médical*, plus libre en ses allures, peut tenter ce qui est interdit à une Société de secours mutuels : faisant appel à l'initiative de tous, il a prêché la formation de syndicats, il a montré que dans l'Association de nos intérêts communs résidait notre seule mais véritable force, et, soulevant hardiment toutes les questions brûlantes, il a déterminé dans le Corps médical un mouvement professionnel qu'on n'y connaissait plus depuis longtemps.

Désireux avant tout d'acquérir l'autorité si nécessaire en pareille matière, le *Concours* a ouvert une vaste enquête sur la situation du Corps médical en France, et sur les conditions générales dans lesquelles s'exerce notre profession; il a ouvert ses colonnes aux plaintes et aux revendications de nos confrères, se faisant le défenseur de tous les intérêts lésés; enfin, poursuivant une œuvre sérieuse, il s'est gardé d'en compromettre à l'avance les résultats en dirigeant ses efforts dans un sens plutôt que dans un autre.

Ce sont les communications de nos confrères qui constituent la base des faits que nous allons mettre en lumière : les chiffres que nous donnerons sont donc absolument incontestables.

Le fait dominant qui ressort des divers documents que nous avons reçus, c'est que la profession médicale n'est pas toujours capable de faire vivre son homme, de lui permettre d'élever sa famille. — Or, nous estimons qu'une profession qui exige de tels sacrifices de temps et d'argent de la part de ceux qui s'y destinent, et qui donne de semblables résultats, est une profession dont l'organisation est vicieuse.

Serait-ce donc que le nombre des praticiens est trop élevé et hors de proportion avec le chiffre de la population qu'ils sont appelés à desservir ? — Plusieurs de nos confrères le pensent. — Des documents officiels donnent pour l'année 1872 un chiffre de 15,420 praticiens, soit 1 par 2,350 habitants.

Ce nombre serait certainement excessif si la répartition en était uniforme, mais tous nous savons que la proportion des médecins dans les villes est beaucoup plus élevée, tandis qu'elle s'abaisse notablement dans les campagnes.

La Seine a 1 médecin par 1,100 habitants.

Le Morbihan a 1 médecin pour 7,052 habitants.

Il y a donc, en réalité, bien plutôt répartition défectueuse, qu'excès dans le nombre.

Et d'ailleurs, le fait que nous signalons se retrouve partout. Sur 100 médecins en France, 43 ne peuvent, par leurs recettes médicales, couvrir leurs dépenses annuelles, 65 sont dans l'impossibilité avec ces mêmes recettes d'élever une famille !

Nous avons, pour établir un terme de comparaison, divisé la France en six régions :

Région du Nord : *Nord, Pas-de-Calais, Somme Normandie, Ile-de-France.*
Sur 100 médecins, 28 ne couvrent pas leurs dépenses, 45 ne peuvent élever leur famille.

Région du nord-ouest : *Bretagne, Anjou, Poitou, Charentes, Maine.*
42 0/0 peuvent couvrir leurs dépenses, 61 0/0 ne peuvent élever leur famille.

Région du Centre : *Touraine, Orléanais, Berry, Auvergne, etc.*
41 0/0 ne couvrent pas leurs dépenses, 65 0/0 ne peuvent élever leur famille.

Région de l'Est : *Champagne, Bourgogne, Lorraine, Ardèche, Comté, Lyonnais.*
40 0/0 ne couvrent pas leurs dépenses, 68 0/0 ne peuvent élever leur famille.

Région du sud-est : *Savoie, Dauphiné, Vaucluse, rives du Rhône, Provence, Alpes maritimes, Corse.*
58 0/0 ne couvrent pas leurs dépenses, 80 0/0 ne peuvent élever leur famille.

Région du sud-ouest : *Guyenne, Gascogne, Béarn, rives de la Garonne, Roussillon.*
56 0/0 ne peuvent couvrir leurs dépenses, 80 0/0 ne peuvent élever leur famille.

On le voit, sauf la riche région du Nord, le reste du pays offre aux médecins une situation bien précaire, et, dans tout le midi, leur position est vraiment intolérable.

Dans ces régions diverses, la répartition des médecins est bien différente, leur nombre absolu subit des variations non moins grandes, et cependant le résultat est sensiblement le même : une foule de médecins ne peuvent vivre de leur profession.

Ce n'est donc pas seulement le nombre, ou la répartition proportionnelle qu'il faut accuser de

(1) Discours prononcé par le Dr Mougeot, président de l'Association des médecins de l'Aube (Séance du 29 mai 1879).

cet état de choses : les causes du malaise professionnel sont plus nombreuses et plus complexes.

Nous nous efforcerons de le montrer dans notre prochaine lettre. Dr A. Gassot, *de Chevilly.*

II

MÉDECINE CANTONALE

Troisième lettre (1)

Cette organisation, établie d'abord en Alsace, où elle s'est maintenue, s'est étendue depuis à beaucoup de départements. On la considéra, en effet, comme une institution digne de tous éloges, on la cita comme un modèle à suivre. C'est ainsi qu'en 1833, Double, rapporteur d'une commission nommée par l'Académie de Médecine pour étudier la réorganisation de la médecine en France, faisait adopter par l'Académie, ses conclusions favorables à l'institution des médecins cantonaux :

Art. VIII. — Il sera créé, par toute la France, des médecins cantonaux dans les localités où le besoin en sera reconnu.

Art. IX. — Il n'y aura jamais de médecins cantonaux dans les chefs-lieux de département, ni même dans les chefs-lieux d'arrondissement, ni même dans les chefs-lieux de cantons ou communes au-dessus de 1500 âmes; leur résidence devra toujours être dans une commune rurale.

Art. X. — Les médecins cantonaux seront choisis exclusivement parmi les docteurs en médecine.

Art. XII. — Leurs émoluments seront fixés à 600 et 1500 francs, selon l'étendue et les ressources du canton qui leur sera assigné.

Ces émoluments seront votés par le conseil général du département.

L'Académie de Médecine donnait encore son approbation à cette institution, lors des discussions de 1834 et de 1857 ; le Congrès scientifique de France, dans sa dixième session tenue à Strasbourg, la patronnait sur la demande de Bailly 1842) ; les Facultés de médecine, consultées par le ministre de l'Instruction publique (1847) en demandaient le développement ; M. Salvandy, dans son projet à la Chambre des Pairs (1847), puis MM. Anglade et Xavier Durrieu, représentants de l'Ariège (1848) en réclamaient la création.

Toutes ces discussions, tous ces efforts ne donnèrent pas le résultat qu'on semblait avoir le droit d'en attendre. La médecine cantonale avait été condamnée à une très grande majorité, par le congrès médical de Paris de 1845, sur le rapport de Requin, et cette protestation venue du corps médical, c'est-à-dire de la part des membres les plus intéressés, a certainement eu une large influence dans la stérilité de la plupart des tentatives faites en vue d'assurer aux indigents ce système d'assistance. Aussi ne faut-il pas s'étonner si, en 1866, le système alsacien n'était établi que dans 20 départements sur 48 qui jouissaient ou paraissaient jouir alors de l'assistance médicale, et encore ses avantages y étaient-ils fort diversement appréciés. Tandis que les Sociétés médicales de la Meurthe, de la Loire, des Bouches-du-Rhône en louaient les heureux résultats, celles du Cher, de la Corse, du Doubs, du Gers, de la Gironde, de la Loire-Inférieure, du Loiret, de la Moselle de la Haute-Saône, de la Seine-et-Oise, de Deux-Sèvres, du Tarn-et-Garonne, du Vaucluse, de l'Ile de la Réunion, en critiquaient vivement le fonctionnement.

En 1862, l'association médicale du Haut-Rhin, département où la médecine cantonale était déclarée des plus florissantes, adoptait *à l'unanimité* le rapport du Dr Hildebrand (de Guebwiller), et émettait ce vœu :

« L'organisation actuelle de la médecine cantonale dans les campagnes demande une révision radicale, et elle appelle sur cette question la sérieuse attention du conseil général. »

Nous ne saurions, pour notre part, prendre la défense de l'organisation de la médecine cantonale telle qu'elle est exposée dans la circulaire de M. de la Valette (V. *Concours* n° 22 du 28 mai 1881), nous verrons que l'avantage qu'elle procure à l'indigent malade de lui assurer les soins et les médicaments qui lui sont nécessaires est souvent illusoire, et qu'elle présente, pour le médecin et pour le malade, de nombreux et graves inconvénients qu'il est maintenant de notre devoir de signaler.

1° *Le malade n'a pas le libre choix de son médecin.*

Nous avons déjà exprimé dans un article publié dans le no 7 du *Concours*, à propos de l'organisation de la médecine cantonale dans le département de la Sarthe, combien était regrettable, pour le malade, la désignation du médecin *seul* appelé à le soigner. Le médecin *officiel* a seul cette qualité, qu'il lui déplaise ou non, qu'ils aient l'un contre l'autre des griefs sérieux rendant intolérable leur position respective.

N'est-ce pas une cruelle injustice que d'imposer à l'indigent un médecin qui doit être le témoin de sa misère, le confident de ses douleurs cachées ? N'avons-nous pas, nous-même, besoin d'inspirer au malade cette confiance absolue qui aide si puissamment la meilleure thérapeutique, et nous permet de consoler ceux que nous sommes impuissants à guérir ?

Le Dr Andrieux (de Brioude), ne voit rien là d'attentatoire à la liberté de l'individu. « Le catholique, dit-il, choisit-il son curé, le justiciable son juge, et le soldat son capitaine ? Après avoir bien choisi le médecin cantonal, on le surveillera; s'il ne convient pas à ses fonctions, il sera remplacé. » (*Médecins cantonaux*, 1858). — Nous répondrons que le catholique a le droit de choisir son curé, en ce sens qu'il peut s'adresser au prêtre dans lequel il aura confiance, les paroisses étant assez rapprochées, en général, pour le lui permettre; que les jugements des tribunaux sont sujets à l'appel; que le capitaine n'a d'autorité que dans les choses du service, et que lorsqu'il commande en présence de l'ennemi il doit inspirer à ses hommes la confiance que nous réclamons pour nous au lit du malade.

On peut ajouter aussi que le choix du curé, du juge, du capitaine, est la conséquence d'aptitudes reconnues par des personnes compétentes, tandis

(1) V. *Conc. méd.* nos 19 et 22.

que celui du médecin ne saurait par lui-même offrir les mêmes garanties, comme nous le dirons tout à l'heure.

On a aussi objecté que, admis dans un hôpital, l'indigent doit accepter le médecin que l'administration lui impose. Sans doute, mais c'est le plus souvent par la voie du concours que les médecins arrivent à l'hôpital, et ce mode de nomination accessible à tous, fait disparaître la faveur et ses déplorables conséquences.

On ne saurait admettre qu'une administration, la plus tolérante qu'on la comprenne, puisse accorder le libre accès de ses salles au premier médecin dont on réclamerait les soins.

Il y a là une nécessité de bon ordre devant laquelle il faut s'incliner, nécessité qui n'existe pas au même titre quand il s'agit des soins donnés à domicile. Du reste, les imperfections du service hospitalier ne sauraient légitimer celles du service de la médecine cantonale.

(*A suivre*) Dr Mignen (de Montaigu).

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Depuis quelques semaines, nous n'avons trouvé dans nos échanges en langue anglaise aucun sujet de médecine ou de chirurgie pratique pouvant nous fournir la matière habituelle de cette *Revue*. Nous ne croyons pas utile, ni même bien intéressant, de relater les observations plus ou moins curieuses, les essais de traitement isolés, que nous trouvons dans ces journaux.

En ce moment, par exemple, on publie beaucoup de choses sur les applications thérapeutiques de l'iodoforme : nous en avons déjà parlé, mais nous ne croyons pas que l'iodoforme soit une panacée universelle, et il nous paraît oiseux d'insister sur le traitement des affections de la peau, des orchites, etc., etc., par cet agent.

L'Association médicale américaine a tenu le mois dernier son trente-deuxième « meeting. » Nous ne sommes pas encore en possession des comptes-rendus de toutes les sections; mais, dès maintenant, on peut dire que cette session a été très faible : telle est, d'ailleurs, l'opinion du *Medical Record*. Nous y reviendrons, s'il y a lieu.

Aujourd'hui nous allons glaner, çà et là, quelques menus renseignements curieux ou amusants que nous avons notés à l'intention de nos confrères.

Empoisonnement par les papiers de tenture. — Ces accidents sont fréquemment signalés en Angleterre, et il est certain que si notre attention était tenue en éveil, nous pourrions souvent observer en France des cas semblables. Mais nous avons si peu l'habitude de faire des enquêtes de ce genre que nous attribuons à des causes banales les indispositions dont la cause immédiate nous échappe. Il y a quelque temps, j'étais appelé auprès d'une dame anglaise qui était prise, depuis quelques jours, de toux, courbature, maux de tête, diarrhée, mal de gorge et conjonctivite double. J'avais été surtout frappé de l'aspect de ses yeux : c'était une conjonctivite d'un aspect particulier, difficile à caractériser ; l'ensemble des symptômes me laissait fort perplexe sur la nature de l'indisposition dont était atteinte cette dame, et je m'épuisais en questions, lorsque, voyant mon embarras et mon indécision, elle me suggéra que son malaise pourrait bien être dû au papier dont sa chambre était tapissée. Cette chambre, qu'elle avait quittée depuis la veille seulement, était en effet tendue d'un papier à dessins verts, usé, et dont l'enduit coloré se détachait sous forme d'une fine poussière quand on le frottait légèrement avec le doigt ou avec un linge.

Cette dame avait vécu plusieurs jours et plusieurs nuits dans une atmosphère arsenicale : de là l'explication très nette des symptômes qu'elle présentait, irritation des muqueuses d'abord, puis en dernier lieu, symptômes d'absorption, diarrhée, courbature, inappétence, etc. Il est certain que, dans ce cas, l'absorption s'était faite par les voies respiratoires, et ce fait clinique démontre, une fois de plus, combien est rapide et complète l'absorption par la vaste surface du poumon. L'exactitude de *notre* diagnostic a été vérifié par la suite, car les accidents disparurent sans aucun traitement, dès que la malade, logée à l'hôtel, eut quitté la chambre funeste. Il est incontestable que cette dame ne devait pas être la première victime du papier à ramages verts, mais il n'est pas moins incontestable que, si ma cliente n'eût pas été Anglaise, et n'eût pas appelé mon attention sur la possibilité d'une intoxication, je n'aurais pas reconnu la véritable nature de son indisposition. Et cependant j'ai déjà analysé, ici même, *(Concours médical)* 19 février 1881), l'histoire vraiment curieuse d'un médecin anglais qui s'intoxiqua de la sorte ainsi que ses domestiques et sa famille. Dans le *British med. journal* du 30 avril dernier, on rapporte un fait très analogue à celui que je viens d'observer, et l'auteur de l'observation insiste sur cette particularité, qu'il n'y a pas que les papiers verts qui soient arsenicaux. J'ai vu, il y a longtemps, dans un journal intitulé « *The Bazaar* » des réponses à des correspondants qui envoyaient des papiers ou des étoffes à analyser pour s'assurer s'ils contenaient des substances toxiques. Les dangers des couleurs arsenicales sont donc très connus en Angleterre : en France depuis l'histoire des fameuses chaussettes teintes avec des couleurs d'aniline, on ne paraît plus s'en préoccuper.

***

Le Zoedone. — Je suis en mesure de vous renseigner, mes chers confrères, sur ce «délicieux» (???) breuvage qu'une réclame mystérieuse d'abord, puis à grand orchestre ensuite, nous signale comme une boisson tonique et reconstituante.

Voici ce que répond un journal américain, *The New Remedies* (juin 1881), à l'un de ses curieux correspondants :

« C'est une eau gazeuse phosphatée, ferrugineuse, qui a été inventée et brevetée, il y a environ trois ans, par David Johnson F. C. S. (un confrère, alors!) On la décrit comme une boisson agréable et rafraîchissante, dans laquelle la saveur particulière du fer est masquée par un sirop aromatique dont la composition seule est tenue secrète. La quantité des substances actives contenue dans une demi-bouteille est dosée comme il suit, d'après la formule donnée par l'inventeur.

Phosphate de chaux.........	2 grains 1/2	(0,162)
Phosphate de fer...........	1 grain	(0,065)
Phosphate de potasse.......	1/5 de grain	(0,013)
Phosphate de soude.........	1/12 de grain	(0,005)

« On dit que c'est une boisson rafraîchissante et fortifiante, mais nous n'avons pas d'expérience personnelle à cet égard. »

Voici maintenant un extrait d'une lettre adressée par un médecin anglais au *British medical Journal* du 28 mai dernier. Ce gentleman avait été scandalisé de lire dans le *Daily News* une double colonne d'annonces contenant de nombreux certificats ou attestations de médecins en faveur du Zoedone, et il écrit :

« Sans doute comme médecine, car c'en est une, le Zœdone est une agréable manière d'administrer des phosphates de chaux et de fer, mais je ne puis me figurer qu'il soit raisonnable, de la part des médecins, de la recommander à tout propos, ou d'approuver son usage habituel. Nous savons tous que les préparations de fer et de phosphore sont nuisibles à certaines personnes, et, pour ma part, j'ai observé plusieurs exemples d'indisposition, par exemple un violent mal de tête, à la suite de l'usage de cette boisson, tandis que la même quantité de champagne était prise sans inconvénient. »

J'ai bu du Zoedone sans en connaître la composition, et je résume mon impression par la définition suivante :

« Le Zœdone est une limonade qui coûte très-cher. »

***

Un peu de gaîté pour terminer. On sait le voyage « triomphal » exécuté par Sarah Bernhard à travers l'Amérique. Ceux de nos confrères qui ne connaissent pas la divine Sarah, savent, au moins pour l'avoir lu, qu'elle est d'une maigreur rare. Un de nos confrères américains a trouvé une formule vraiment médicale pour exprimer cet état d'immatérialité. « Elle est si mince, dit-il, que lorsqu'elle a pris une pilule, elle a l'air d'être enceinte !... »

Dr Marsh.

CAUSERIE

Mon ami Cacao

(Fin.)

— Vous admettez bien qu'un médecin, n'ayant pas fait d'études spéciales, ne peut pratiquer une manipulation comme un pharmacien.

— Oui et non d'ailleurs; il l'apprendra. Combien de confrères de campagne préparent eux-mêmes les remèdes qu'ils administrent. Les malades se guérissent-ils moins bien que les nôtres? Certes, le flacon sera moins coquet, indemne de tout capuchon rouge ou vert, l'étiquette moins luxueuse, le pliage moins régulier, *concedo*, après!

Vous parliez tantôt de religieuses. Mais, elles aussi, préparent les ordonnances, les exécutent dans la plupart des hôpitaux....

— Sous les yeux du pharmacien....

— Qui fume son londrès sur la terrasse du jardin.

— Mais il y a, monsieur, une question de sécurité pour le malade. Vous pouvez vous tromper en écrivant votre ordonnance; mettre 5 décigrammes pour 5 centigrammes, je vois l'erreur, je vous préviens, vous la corrigez.

— C'est vrai, vous pouvez vous tromper aussi, non plus de poids, mais de petit pot. Prendre de la strychnine pour de la santonine, cela s'est vu, maître Cacao. Dans ce cas, demandez aussi que votre flacon passe entre quatre mains au lieu de passer entre deux.

— Et notre responsabilité, monsieur?

— Permettez-moi de vous dire que vous la traitez un peu cavalièrement, un peu par dessous jambe, pardonnez-moi l'expression, cette responsabilité.

— Monsieur...!

— Ne vous fâchez pas. Ecoutez plutôt.

Je me demande comment vous pouvez dormir tranquille, lorsque vous avez en traitement un malade qui, faisant fi du docteur, s'en rapporte à vos seules lumières médicales? On ferait un bien gros volume en inscrivant tous les cas dans lesquels votre ingérence, intempestive et maladroite, a produit des effets déplorables, soit par l'application d'une médication erronée, soit en laissant, par l'administration de remèdes nuls, le mal faire des progrès impossibles à enrayer. Que de malades vous détournez!

— Allons donc?

— Exemple, monsieur Cacao, exemple. Un client présente une ordonnance au pharmacien; la petite scène suivante se déroule dans l'officine, « — C'est le docteur Robert que vous avez consulté? — Oui monsieur. — Ah!! »

Ce : *Ah! vaut, à lui seul, un poëme. Ah!!* « c'est-à-« dire : tiens, c'est drôle que vous consultiez cet imbécile. « *Ah!* c'est-à-dire : Ma foi, je vous donne ce qui est or-« donné, tant pis si cela vous tue. *Ah!* c'est-à-dire : ça « va vous couter chaud. »

L'hésitation prend le malheureux.

« M. Robert est peut-être un bon médecin, seulement....

Point d'arrêt.

« Quoi donc? Monsieur.

« M. Robert a fait prendre la même potion à la mère Michel, vous savez cette dame qui est morte la semaine dernière....

« — Mais alors, si vous croyez.,...

La cause est entendue.

« — Tenez, je possède un sirop pectoral bien supérieur à ce que l'on vous ordonne. Je le prépare MOI-MÊME, il est d'un tiers meilleur marché, etc... »

Conséquence, l'ordonnance est mise au panier, le pharmacien débite son sirop, sa pommade, son collyre; du préjudice causé au médecin, je n'en parle pas, bien qu'il soit à considérer. Mais enfin, avouez franchement qu'il faut avoir un toupet carré (j'ai lâché le mot) pour venir, à tort et à travers, traiter des maladies que l'on ne connait pas!

Votre pommade anti-ophtalmique est bonne, très bonne; elle a guéri le grand chose et le petit machin, c'est connu, de là faut-il conclure qu'elle va guérir tous les maux d'yeux possibles? Saurez-vous discerner dans quels cas elle est applicable? L'affection de Pierre est-elle la même que celle de Jean? Votre thérapeutique dans toute sa splendeur, c'est : *l'à peu près*.

— Mais enfin, si le malade a plus de confiance en son pharmacien qu'en son médecin, que cette confiance soit bien ou mal placée, ça m'est égal, il est parfaitement libre de se passer de vous et de prendre ses consultations chez moi?

— Mais enfin, si le malade a plus de confiance en son médecin qu'en son pharmacien, que cette confiance soit bien ou mal placée, ça m'est égal, il est parfaitement libre de se passer de vous et de prendre ses médicaments chez moi?

Chacun doit avoir le droit de se soigner à sa guise... — «*avec ou sans médecin*». La phrase n'est pas de vous, Cacao, vous l'avez lue dans un petit journal pharmaceutique où elle se trouve tout au long. Voici justement le journal; voici l'article : « *Chacun doit avoir le « droit de se soigner à sa guise avec ou sans médecin, « s'il le juge convenable et s'il suppose, à tort ou à rai-« son avoir des connaissances suffisantes en hygiène « et en médecine pour se passer de cet intermédiaire « autoritaire et coûteux.* »

Une fois parti, l'auteur s'emballe, et il faut voir comment il aplatit tout ce qui ne s'aplatit pas devant les disciples de saint Côme et saint Damien. Vertuchou! quel fier-à-bras que votre confrère! Oyez, Cacao, oyez, c'est le pontife déjà cité qui parle; ce sont ses commentaires sur la loi de la pharmacie!

« *Dans votre loi, vous laissez toute latitude au mé-« decin pour* EXPLOITER *le malade sans contrôle, il « pourra en user et en abuser à sa guise.* »

Votre critique veut que chacun puisse « se soigner à sa guise, » admettons. Mais si j'ai le droit de me soigner, je dois avoir celui de soigner mon enfant, ma femme, ma tante, ma cousine, mon ami, tout le monde enfin. C'est la négation de la médecine. S'il est permis de se passer du médecin, *cet intermédiaire autoritaire* et coûteux pourquoi le client n'aurait-il pas le droit de se passer du pharmacien cet intermédaire autoritaire bien autrement COUTEUX, si coûteux que ses comptes sont passés en proverbes. Lorsque l'on peut gagner cinquante mille livres de rentes en fabriquant avec quelques brins de réglisse infusé dans un... nom ronflant, des pastilles, des tablettes, des sirops pectoraux ou béchiques, il faut, je m'imagine, coter ses produits à des taux assez *coûteux* pour le client.

Ce vaillant défenseur de la veuve et de l'orphelin ne veut pas que le médecin *exploite les malades.* Par exemple, qu'un pharmacien gorge de dépuratifs, laxatifs, purgatifs, un pauvre diable atteint de cors aux pieds;

qu'il bourre le public de capsules, pilules, élixirs très chers... rien de mieux. Mais supposons un médecin aussi *canaille* que le dépeint votre redresseur patenté; l'abus qu'il fera du malheureux, n'en profiterez-vous pas les premiers?

Et c'est un pharmacien qui dirait à son client: « Monsieur, votre médecin se moque de vous, il vous fait prendre trop de remèdes; ma conscience m'oblige à ne plus rien vous délivrer ».... Farceur, va!!

Poursuivons:

« *La société ayant un intérêt suprême à ne pas* « *permettre que la santé publique soit livrée à la* « *merci de l'ignorance et de l'irresponsabilité.* »

C'est assez mon avis, or, il me semble que permettre à un pharmacien de traiter une maladie qu'il ne connaît pas, pas plus que je connais le chinois, *c'est livrer la santé publique à la merci de l'ignorance.* Il est vrai que le rusé compère ajoute : « et de l'*irresponsabilité.* » Or comme le pharmacien agit sous sa responsabilité!... Vous comprenez que lorsqu'on a la responsabilité!... qu'on est responsable!... la responsabilité répond de tout.

Continuons :

« *Chaque député fera de son mieux, pour que chacun de ses électeurs puisse profiter, en cas de maladie, des avantages que procure le voisinage d'une pharmacie. On interdira aux médecins, aux vétérinaires et à tous les autres, de vendre aucun médicament pour faire profiter le plus grand nombre des services que le pharmacien rend aux populations.* »

Ouf!!

Tiens, tiens, mais c'est une manœuvre *pharmaceutico-électorale* assez réussie. Je ne doute pas qu'à l'avenir les députés se battent ou ne se combattent à coup de pharmacies. Nous verrons alors des professions de foi dans le style suivant :

« Citoyens,

« La pharmacie est grande comme le monde. Si j'ai « l'honneur de vous représenter, je veux que, non-seule- « ment chaque village soit pourvu d'une pharmacie, mais « je demande que toutes les bornes kilometriques soient, « à l'avenir, remplacées par une officine. »

Les services que le pharmacien rend aux populations (services fortement intéressés, toujours est-il) je voudrais les connaître. Cependant je m'incline, m'étonnant que tous les pharmaciens ne soient pas décorés d'office *pour services rendus aux populations.*

Continuons :

« *Liberté du pharmacien d'exercer sa profession* « *sans autres garanties que celles de son honorabilité* » *professionnelle, et les droits conférés par le diplôme.*»

— Ah ça voyons, finissons-en avec votre honorabilité que personne ne conteste et votre responsabilité. L'on rirait bien si j'allais, demain, demander au ministre de la guerre, le commandement de l'expédition tunisienne, en lui offrant, comme garantie de ma science militaire, ma responsabilité et mon honorabilité. Soyons logiques! Tenez, je vous avoue qu'au lieu d'user des flots d'encre pour dire, en résumé : Prenez mon ours; au lieu de suer sang et eau pour dénigrer le corps médical et lui jeter à la face quelques insultes grossières qui ne l'atteignent pas, j'aurais, à la place de l'auteur des commentaires ci-dessus, formulé trois articles bien courts et surtout bien polis qui auraient été les suivants :

Art 1er. — Tout pharmacien a le droit d'exercer la médecine et la pharmacie.

Art. 2. — Défense à quiconque n'est pas pharmacien d'exercer la pharmacie.

Et comme corollaire, cette disposition pénale:

Art. 3. — Quiconque, n'étant pas pharmacien, exercera la pharmacie, aura la tête tranchée.

On vint m'appeler, je quittai M. Cacao. Hélas, je ne devais plus le revoir. Huit jours plus tard il recevait un prospectus d'un élixir dépuratif-analeptique, etc., bromo-quino-ferro-iodé; une contrefaçon de son sirop. Un procès s'en suivit; il le perdit. Alors ce fut une avalanche de produits iodo-ferro-gommiques; ferro-gommo-iodiques; iodo-quino-bromiques, c'était à devenir fou. Le pauvre homme n'en eut pas le temps. Au dix-septième prospectus, il fut frappé d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

Il est mort et avec lui son sirop. Aujourd'hui, de cet honnête garçon, il ne reste rien qui le rappelle aux générations futures, si ce n'est là bas, une tombe en marbre blanc sur laquelle on peut lire :

Ci-gît: Théodule Cacao, pharmacien de 1re classe, lauréat de, etc., etc.

Pauvre Cacao! brave homme, excellent ami; il est mort, que Dieu ait son âme.

Dr A. Barry, (de Royat.)

AVIS

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Dispositions nouvelles pour le transport à prix réduit des malades indigents autorisés à se faire traiter à la Clinique.* — Tout malade indigent admis à se faire traiter à la Clinique recevra, par les soins du maire de sa commune, un titre d'admission qui lui donnera droit, au retour, au parcours gratuit, pourvu que les formalités suivantes soient strictement observées :

Au départ, demander, contre paiement du prix entier, un billet ordinaire pour Paris, faire viser à la gare le titre d'admission et y faire inscrire la classe, le numéro et le prix du billet délivré;

A la sortie de la Clinique, faire certifier par le directeur des Quinze-Vingts la date de sortie;

Au retour, faire timbrer par la gare de Paris le titre d'admission, qui tiendra lieu de billet de retour, si le malade l'utilise dans les deux jours qui suivront sa sortie de la Clinique;

Enfin, le titre devra porter la signature du titulaire et être présenté à toute réquisition; il sera retiré à l'arrivée.

La nomenclature des pièces à fournir à l'appui de toute demande d'admission est consignée dans le *Recueil des actes administratifs*, à la suite de la circulaire ministérielle du 6 septembre 1881, no 81, document qui se trouve dans toutes les archives des mairies.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
9 Juillet 1881 — 3me Année. — No 28

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Après la Salpêtrière, Bicêtre. — Nos lecteurs n'ont pas oublié la petite fête à laquelle nous les avons fait assister dernièrement, par la pensée, à l'hospice de la Salpêtrière : les frères Lionnet, continuant leur bonne œuvre avec une persévérance qui est au-dessus de tout éloge, ont convié les malades de Bicêtre à prendre aussi leur part de ces réjouissances intellectuelles, dont leur triste situation paraissait les avoir privés pour toujours. Cette fois encore, même empressement de la part des artistes à apporter leur concours à l'œuvre véritablement ingrate, mais si généreuse, qu'ont entreprise MM. Lionnet. Nous avons donc eu le plaisir de retrouver Mmes Morlet, Godard et Rosamond, MM. Thomé, Lamotte, Uzès et Paul Legrand; Mlle Thuillier et M. Morlet, *étaient*, en outre, venus grossir les rangs de cette aimable et brillante phalange.

Maintenant que nous avons nommé les artistes, il est superflu de dire quel sentiment délicat avait présidé au choix des morceaux, quelle perfection a été apportée dans leur exécution. Mais on nous avait ménagé des surprises fort agréables. M. Morlet, outre le duo de *la Mascotte* qu'il a chanté avec sa charmante femme, a déployé tout le talent qu'on lui connaît dans un morceau inédit d'Anatole Lionnet : *A la Chanson;* un des frères Lionnet a déclamé, avec une grande profondeur de sentiment et une émotion tout-à-fait communicative, une poésie inédite de G. Nadaud : *Eloge de la vie;* enfin, M. G. Nadaud, qui était au nombre des invités, a chanté trois de ses plus belles chansons : c'était un véritable régal de lettrés!

Mme Morlet et Mlle Godard ont retrouvé à Bicêtre le succès si légitime qu'elles avaient eu à la Salpêtrière. Mme Morlet, toujours adorable dans son éclat de rire de *Manon Lescaut*, est parvenue à dérider nombre de ces figures mornes et jusque-là dépourvues de toute expression : ce n'était pas chose aisée, il lui a fallu déployer toutes les ressources de son sympathique talent, toutes les séductions de sa gracieuse personne; Mlle Magdeleine Godard, toujours aussi irrésistiblement entraînante dans ce même morceau de violon qui nous avait tant réjoui à la Salpêtrière, s'est encore surpassée cette fois. Il faudrait entendre cette délicieuse artiste jouer, avec son merveilleux talent, cette page magistralement écrite par M. Francis Thomé, magistralement accompagnée par lui au piano, pour comprendre le charme sous lequel l'assemblée a été un moment tenue. M. G. Nadaud, Mmes Morlet et Godard ont été *bissés;* nous sommes sûr que c'est un succès dont le souvenir leur restera longtemps : *bissés* par les aliénés de Bicêtre ! Il faut que la réunion de l'art et du talent soit bien puissante pour avoir pu parvenir à remuer ainsi ces lourdes natures ! Nous n'aurons pas l'ingratitude d'oublier le succès très-vif de Mlle Thuillier dont le talent ne pouvait passer inaperçu dans cette réunion, et de la charmante Mlle Rosamond, qui a dit avec beaucoup de malice et d'esprit un monologue intitulé : *l'Omelette*.

De même qu'à la Salpêtrière, un certain nombre de jeunes idiots assistaient à la fête : ils nous ont paru prendre moins de plaisir que les petites filles

de la salpêtrière. En revanche, ils nous ont chanté, avec beaucoup d'entrain, sous la direction de leur professeur, M. Pény, un chœur patriotique qui nous a semblé bien choisi ; puis ils ont exécuté, avec un ensemble fort remarquable, une série d'exercices de gymnastique et même certains mouvements de l'école du soldat. Ils étaient commandés par un des leurs, jeune garçon de dix-sept ans, fort intéressant, qui leur sert de moniteur et sait mettre dans son commandement la vigueur et l'autorité d'un vieux sous-officier. Ces enfants ont d'ailleurs été fort réjouis par la pantomime très accidentée de l'inimitable Paul Legrand.

Cette nouvelle épreuve, que l'inépuisable complaisance des artistes a permis de tenter, a-t-elle eu le même succès que la première dont nous avons rendu compte dernièrement ? Un examen superficiel aurait pu laisser quelque doute; mais il faut aller au fond des choses, si l'on veut faire une comparaison exacte. Le *public* n'était pas du tout le même dans les deux endroits : à la Salpêtrière, la majeure partie de l'auditoire était composée d'hystériques, de choréïques, etc. ; or, les malades atteintes de ces affections, outre qu'elles jouissent souvent d'une intelligence assez étendue, et que les plaisirs des sens les touchent d'une façon toute particulière, sont naturellement portées à démontrer extérieurement, le plus souvent même avec exagération, tous les sentiments qui les agitent : de là, ces cris de joie que les artistes prenaient plaisir à entendre. A Bicêtre, au contraire, on était en présence d'aliénés et d'épileptiques, malades sur lesquels la littérature et la musique doivent nécessairement avoir moins de prise et qui, en raison même de leur état moral, n'éprouvent pas ce besoin d'expansion qui nous semble si naturel : ils sont toujours sombres, concentrés et peu communicatifs, surtout les épileptiques.

Néanmoins ces pauvres gens suivaient le concert avec intérêt et curiosité : nous en avons pu voir bon nombre dont la physionomie ordinairement si impassible, si peu expressive, se détendait par moments pour refléter une impression agréable.

En général, l'effet produit a été bien réel ; en voici la preuve. Sans parler de deux ou trois épileptiques qui, dans la cour, ont eu occasion d'adresser la parole aux artistes et les ont remerciés en très bons termes, un grand nombre de malades, au sortir de la salle du concert, se sont respectueusement découverts en passant devant celles des personnes qui se trouvaient sur leur chemin, tandis que, en entrant, aucun n'avait songé à saluer. Cette marque de respect à l'égard de visiteurs inconnus n'est-elle pas, de la part de ces pauvres gens, un témoignage de reconnaissance pour un bienfait dont ils avaient conscience? Et elle était effectivement la meilleure forme de remerciement et la plus touchante qu'ils pouvaient adresser à leurs bienfaiteurs : je suis sûr que les artistes l'ont bien compris.

Un enseignement ressort avec évidence de toutes nos remarques, c'est que ces sortes de séances sont utiles à la grande majorité de ces malades et qu'elles seraient bien plus utiles encore, s'il était possible de les convier un certain nombre de fois par an à de pareilles réunions. Ce ne seraient plus alors de simples récréations qui sont bien vite passées: ce serait un véritable traitement, une sorte d'éducation nouvelle, capable d'imposer une certaine direction à ce qui peut rester encore d'intelligence dans ces cerveaux malades, sur lesquels les moyens médicaux ordinaires sont impuissants à agir. Mais ceci est, hélas ! une utopie qui nous semble actuellement d'une réalisation difficile.

La tenue de l'auditoire, pendant toute la durée du concert, a été aussi parfaite que possible ; le silence et le calme étaient plus profonds encore qu'à la Salpétrière : nous en avons donné le motif plus haut. Mais ce n'est pas sans un certain étonnement que nous avons vu qu'une vingtaine de gardiens étaient plus que suffisants pour surveiller une réunion de 500 aliénés. Pour se rendre à la salle du concert ou en sortir, ceux-ci, placés sur deux rangs, défilaient en bon ordre, s'arrêtant ou se mettant en marche au commandement, restant tranquilles et silencieux dès qu'ils étaient entrés, sans qu'il y ait eu besoin de l'intervention des gardiens, autrement que pour les diriger ; c'est au point que quelques-uns des assistants se prenaient à douter si c'étaient bien des aliénés qu'ils avaient sous les yeux. Il est, en effet, vraiment incroyable qu'on puisse imposer une telle discipline à des gens privés de raison ; quels efforts et quelle persévérance ne faut-il pas à ces surveillants dont nous devons noter, en passant, la politesse et la douceur ! Voilà encore une maison bien tenue, et il est tout naturel que nous en félicitions ici le directeur, M. Ventujol : avec de pareilles habitudes, il n'y a pas lieu de craindre que les scènes si regrettables, qui se sont passées dernièrement dans un asile de la province, puissent de longtemps se présenter à Bicêtre. En voyant la tenue, les manières des employés et des malades, on peut être sûr que l'autorité n'est imposée que par la patience et la douceur. Si quelque chose peut nous consoler de la cruelle pensée que

tant de nos semblables sont privés de la raison, c'est de voir qu'on continue à les traiter comme des hommes. Les aliénés sont de grands enfants, nous disait le directeur de Bicêtre; et cette parole si juste montre qu'il a parfaitement compris le genre et la nature des délicates fonctions dont il paraît, du reste, s'acquitter d'une façon toute paternelle.

Nous ne terminerons pas sans remercier M. le directeur de l'Assistance publique de l'honneur qu'il nous a fait de nous inviter à cette intéressante séance. Nous n'avons pas à faire ici le panégyrique de M. Quentin; mais nous ne pouvons nous empêcher de dire combien nous sommes heureux de voir qu'il a abandonné les errements de l'antique routine administrative, qui mettait un soin jaloux à n'accepter aucune innovation, à ne faire aucun progrès. Il nous a montré que l'on pouvait être un bon administrateur, sans avoir des airs rogues, la mine altière, ni même... la cravate blanche traditionnelle !

Nous saurons désormais que les qualités de l'homme du monde, réhaussées d'une pointe d'esprit, ne sont pas incompatibles avec les qualités spéciales, nécessaires à tout administrateur. C'est une révélation que nous nous empressons de signaler : puisse-t-elle faire son chemin et se répandre en dehors des limites de l'Assistance publique.

*
* *

Encore une bonne nouvelle à enregistrer. — Nos lecteurs se rappellent peut-être qu'à deux reprises différentes (1) nous nous sommes élevé au nom de l'humanité et de l'enseignement, contre l'organisation actuelle des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris. Nous demandions que ces services fussent confiés à des médecins accoucheurs *spéciaux*. Cette proposition semblait logique et naturelle ; cependant elle est devenue, dans la presse médicale, le signal d'une vive polémique et a soulevé, dans un certain camp, des réclamations violentes et passionnées. Un journal politique, généralement mieux inspiré, avait même pris parti pour nos adversaires par la plume d'un de ses collaborateurs fort intéressé, il est vrai, dans le débat.

Les propositions que nous soutenions avec un certain nombre d'organes de la presse médicale avaient été acceptées par le Conseil municipal, mais elles étaient restées pendantes devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Or, nous apprenons que celui-ci vient d'adopter, dans sa séance du 30 juin, le projet suivant déposé par le Dr Dubrisay :

Le Conseil,

Considérant que, en présence des nombreux iafts regrettables qui se produisent depuis longtemps, et qui, dernièrement encore, ont agité l'opinion publique, une réorganisation radicale des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes s'impose à bref délai ;

Considérant que les propositions faites au Conseil par la Commission, dont M. Nicaise est le rapporteur, ne sont pas de nature à prévenir le retour de faits semblables ;

Considérant que les projets présentés par MM. Le Fort et Siredey, le premier en son nom propre, le second au nom d'une Commission composée de MM. Trélat, Siredey, Millard, Guéniot et Tarnier, donnent satisfaction à tous les *desiderata* et doivent être pris en sérieuse considération;

Émet l'avis :

1° Conformément aux propositions de MM. Le Fort et Siredey, les accouchements se feront partie chez les sages-femmes agréées, partie dans les services spéciaux d'hôpitaux désignés;

2° Un concours spécial sera institué pour la création d'accoucheurs des hôpitaux ;

3° Les accoucheurs seront chargés de la surveillance et des opérations tant chez les sages-femmes que dans les hôpitaux désignés.

4° Pour tous les détails d'organisation, l'Administration se conformera aux indications données dans le rapport de M. Siredey.

La décision du Conseil municipal nous avait fait gagner la première manche, celle du conseil de surveillance nous donne la seconde ; nous abandonnons volontiers le restant, c'est-à-dire la *veste*, à nos adversaires. Il faut espérer d'ailleurs que nous n'en serons pas plus mauvais amis pour cela.

Dr J. Geoffroy

(1) Voir Bulletin du *Concours médical*, 1881, n°s 5 et 7.

MEDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC DE L'URÉMIE. — TRAITEMENT DES NÉPHRITES

II

Chaque fois qu'il s'agit de décrire une maladie dont une extrême variabilité de symptômes rend le diagnostic embarrassant, tout pathologiste qui se pique de littérature, sentant frémir au fond de sa mémoire ses vieux souvenirs classiques, ne croit pouvoir se dispenser de faire une allusion plus ou moins discrète au légendaire Protée, immortalisé par Virgile. Nous manquerons d'autant moins à ce respectable usage, qu'ayant pâli jadis sur un abo-

minable pensum qui consistait à copier un grand nombre de fois l'élégant mais bizarre épisode des Géorgiques, nous nous en souviendrions encore *in articulo mortis*.

— De fait, ce Protée était un être singulier, se livrant, nous dit le poète, à un cumul de professions vraiment capable d'exciter l'envie des rebouteurs de notre temps. Outre qu'il était berger (des troupeaux du divin Neptune), il possédait le don lucratif de prophétie et connaissait quantité de remèdes secrets, puisqu'on allait lui demander une consultation pour guérir la maladie des abeilles; enfin, il jouissait d'une propriété bien utile à tous les braves gens qui pratiquent l'exercice illégal de la médecine, celle d'être, comme nous disons, éminemment polymorphe. Que pourrait en effet la main de Thémis, — fût-elle couverte du gant de peau blanche d'un robuste gendarme, — contre un être ondoyant et divers qui, tour-à-tour :

Sus horridus atraque tigris
Squamosusque draco et fulvâ cervice leæna
. . . . . *Formas se vertit in omnes ?*

Maintenant que nous avons fait œuvre de justice en signalant à nos confrères, dûment patentés, ce dangereux charlatan de Protée, dont les vers harmonieux du cygne de Mantoue dissimulent mal les méfaits, — revenons aux choses sérieuses et disons que si jamais l'épithète de protéiforme est à sa place, c'est bien quand on parle du diagnostic de l'urémie.

Certes, le clinicien doit déployer toute la sagacité, tout le flair dont il est capable pour dépister cet ennemi sournois qui emprunte tous les masques et revêt les déguisements les plus imprévus. A propos du diagnostic de la néphrite interstitielle, nous avons déjà signalé quelques-uns des multiples aspects sous lesquels se présente l'urémie à son début. Nous n'y reviendrons pas, et notre tâche d'aujourd'hui sera assez lourde de chercher à mettre en relief les états pathologiques pour lesquels peut donner le change l'urémie confirmée.

A. L'Urémie cérébrale a forme convulsive doit être différenciée d'avec 1° l'*épilepsie*. Si l'on assiste à l'attaque convulsive, il faudra observer soigneusement la succession des différentes phases; car c'est seulement par des nuances que l'une diffère de l'autre. La période initiale de convulsions toniques manquerait absolument dans l'urémie (Jaccoud), et la pâleur de la face est moins marquée; on ne voit pas les mouvements convulsifs prédominer d'un côté du corps, le pouce n'est pas en flexion forcée dans la paume de la main, la sensibilité reflexe des muqueuses est absolument abolie; la perte de connaissance est moins longue et la langue n'est pas si souvent mordue. Si l'on n'a pas été présent, la plupart de ces renseignements ne peuvent être utilisés, car on ne peut les obtenir de l'entourage du malade; tout au plus peut-on savoir si le début de l'attaque a été marqué par un cri, si les lèvres étaient couvertes d'écume, signes moins fréquents dans l'urémie.

Les commémoratifs joueront un rôle important dans le diagnostic en pareil cas; l'épilepsie est une affection dont le début remonte en général à l'enfance, et souvent la famille du malade en a connaissance ; mais on peut se trouver en présence d'épileptiques n'ayant eu jusqu'alors que des accès nocturnes ignorés de tous et d'eux-mêmes.

Les difficultés sont donc parfois grandes et ne disparaîtront que par l'évolution ultérieure des accidents, c'est-à-dire par le retour rapide à la santé, dans le cas d'épilepsie ou la prolongation des phénomènes convulsifs dans le cas contraire. Il faut également s'appuyer sur la considération de troubles antérieurs de la santé imputables à une néphrite, de scarlatine préexistante, plus ou moins fruste et méconnue ; enfin, sur l'examen de l'urine au point de vue de la quantité, des qualités physiques et chimiques (diminution de la densité et de l'urée, présence de l'albumine), de l'examen microscopique (cylindres épithéliaux, granulo-graisseux ou fibrineux). L'épilepsie a pu s'accompagner à la fin d'albuminurie, comme l'a vu une fois Jaccoud ; mais c'est alors une albuminurie tout-à-fait légère et transitoire (1).

Pour n'avoir plus à y revenir, insistons sur ce fait que c'est dans l'étude urologique qu'il faut chercher la clef de tous les problèmes cliniques où l'urémie est une des inconnues.

2° L'*Eclampsie puerpérale* peut avoir deux origines : tantôt elle est sous la dépendance d'une de ces néphrites gravidiques récemment décrites par M. Mayor (2), c'est alors une manifestation véritablement urémique ; tantôt elle résulte de l'excitabilité anormale de l'axe spinal, c'est une éclampsie réflexe. Les caractères cliniques de ces deux attaques éclamptiques étant identiques, l'examen de l'urine, suivant qu'elle sera trouvée albumineuse ou non, peut seul tirer d'embarras.

3° L'*Eclampsie des enfants*, symptomatique de la dentition, de vers intestinaux, ne doit pas être confondue avec les convulsions urémiques. Citons à ce propos un fait bien curieux : un enfant, ayant eu récemment la scarlatine, est pris de convulsions ; dans l'urine pas d'albumine. M. Desnos, songeant à la possibilité d'une éclampsie réflexe due à des désordres gastro-intestinaux, administre un purgatif et le malade rend une tête de vis métallique qu'il avait avalée en jouant (3).

4° *L'hystérie* doit encore être prise en considération à propos du diagnostic de l'urémie cérébro-spinale quand les mouvements convulsifs revêtent l'aspect désordonné et ataxique : on recherchera l'anesthésie unilatérale ou en zones disséminées, la sensation de constriction de la gorge ; on comprimera les ovaires ou les nerfs sus-orbitaires à leur point d'émergence, et si l'attaque cesse, on se trouvera suffisamment édifié.

B. L'Urémie cérébrale a forme tétanique pourrait être confondue avec 1° *le tétanos*. Mais l'absence de plaies des extrémités, la localisation des contractures à certains groupes de muscles sans tendance à la généralisation, le début qui ne se fait pas aussi constamment que dans le tétanos

(1) Bazin, thèse, 1868.
(2) Thèse inaugurale 1880.
(3) Jaccoud. Clinique médicale.

par le trismus et la raideur de la nuque, l'abaissement de la température sont en faveur de l'urémie.

2° *La contracture essentielle des extrémités* ou *tétanie*; elle a des caractères spéciaux, si bien décrits par Trousseau, elle est symétrique, de courte durée, ne s'accompagne guère d'un état général sérieux.

3° *L'intoxication* accidentelle ou médicamenteuse par la *strychnine* (noix vomique, gouttes de Baumé) produit des accidents tétaniques qui seraient particulièrement difficiles à distinguer de l'urémie dans un cas comme celui que cite Jaccoud, où les convulsions apparurent chez une femme atteinte de maladie de Bright, après l'administration de noix vomique, par suite de la non-élimination du médicament.

C. L'Urémie cérébrale a forme comateuse soulève une des questions les plus épineuses de la séméiologie, le diagnostic des *comas*. Tout praticien, tout interne de garde dans un hôpital s'est trouvé en présence d'une créature humaine, en état de résolution musculaire complète, avec abolition totale des fonctions intellectuelles et chez qui la vie ne se manifeste plus que par une circulation languissante et une insuffisante respiration.

Personne ne songe en pareil cas à imiter certain étudiant étranger dont le souvenir épanouira longtemps les rates de l'internat et qui, soit par naïveté, soit par ignorance de la langue médicale, posait gravement au malade inerte cette question homérique : « Qu'est-ce que vous ressentez, mon brave? Avez-vous coma? » — Il faut donc se contenter, à défaut d'un interrogatoire impraticable, de passer en revue l'état de tous les appareils et d'en déduire, si l'on peut, un diagnostic.

Si l'on apprend que le coma a été précédé de mouvements convulsifs, on pense au coma qui suit toute attaque d'épilepsie.

En l'absence de tout renseignement, on songe d'abord à *l'apoplexie cérébrale*. Addison signalait déjà certaines différences : suivant lui, les épileptiques ronflent de la gorge et du nez, c'est le véritable stertor; dans l'urémie le bruit est produit plus superficiellement et seulement par projection des lèvres. — L'insensibilité et la résolution musculaire sont générales dans l'accès urémique et non pas hémiplégiques.

Les intéressantes recherches sur la température de Bourneville et Charcot ont montré que celle-ci est constamment abaissée dans le coma urémique, elle s'élève au contraire dans l'hystérie et l'éclampsie et même dans l'éclampsie puerpérale accompagnée de néphrite et d'albuminurie.

— Dans le coma apoplectique, elle s'abaisse pendant un court espace de temps, mais ne tarde pas à s'élever.

On doit songer au *coma par intoxication palustre*, dans les pays de marais, et il est extrêmement important de ne point le méconnaître, car livré à lui-même, il est rapidement mortel tandis que la médication quinique énergique et immédiate peut en triompher. Notre grand écrivain, Renan, pendant le voyage qu'il fit en Palestine pour réunir les matériaux de la vie de Jésus, faillit succomber aux atteintes du coma paludéen ; la sœur bien-aimée qui l'accompagnait et lui servait de secrétaire fut victime du même mal, mais n'y put échapper.

On dit que, dans ces accès pernicieux, la proportion d'urée s'accroît dans l'urine, comme après tout accès de fièvre intermittente légitime ; mais on sent ce qu'une telle appréciation offre de difficultés.

Le *coma diabétique* a été observé, sans albuminurie, par Charcot, par Bourneville (1), par plusieurs médecins anglais.

D. L'urémie cérébrale à forme délirante ou à formes mixtes, avec alternatives de coma et de déraison ne doit être admis qu'après élimination de toutes les intoxications de cause interne ou externe.

Ainsi on voit dans l'ictère grave (acholie ou cholestérémie) le coma, le délire, les convulsions.

L'apyrexie doit faire rejeter toutes les manifestations délirantes des affections cérébrales (méningites, encéphalopathies des fièvres typhoïdes ou éruptives graves), et d'autres inflammations viscérales (pneumonie du sommet, etc.), le délire des opérés, etc...

A propos de la fièvre typhoïde il est pourtant une distinction utile à faire : nous avons signalé dans un précédent article sur cette maladie que l'albuminurie qui l'accompagne relève parfois d'une véritable néphrite. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que l'urémie puisse apparaître dans le cours d'une typhoïde; un interne très distingué des hôpitaux, M. E. Gaucher, vient d'en publier un cas instructif (2) où les accidents urémiques se caractérisèrent par une dyspnée sans râles et des attaques épileptiformes.

Parmi les empoisonnements, il faut avoir en vue ceux qui sont causés par le plomb, l'opium, la belladone, l'alcool.

L'encéphalopathie saturnine se montre chez un sujet exerçant une des professions où on manie le plomb, peintre, typographe, etc.

On pourra trouver le liseré gingival caractéristique, la pâleur des téguments habituelle aux saturnins; l'encéphalopathie plombique affecte les deux formes convulsive et comateuse. Mais il ne faudra pas perdre de vue que les vieux saturnins sont souvent atteints de néphrite interstitielle, et par conséquent ne pas rejeter uniquement la possibilité de l'urémie parce qu'on aura constaté le saturnisme.

Le narcotisme dû à l'opium et le coma alcoolique s'accompagneront, soit de rétrécissement de la pupille, de dysurie, soit d'une odeur d'alcool exhalée par l'haleine, de sueurs profuses. L'épilepsie absinthique, en l'absence de renseignements sur les ingesta, pourrait être une cause d'erreur difficile à éviter.

Enfin l'empoisonnement par la belladone qui détermine surtout du délire, et dans lequel on peut rencontrer l'anurie, cause aussi une dilatation de

(1) Progrès médical, 1875.
(2) Revue de médecine, 1881.

la pupille, des éruptions scarlatiniformes ; dans tous ces cas, nous n'hésiterions pas pour asseoir le diagnostic à pratiquer le cathétérisme, s'il était impossible de se procurer autrement de l'urine des malades. Le diagnostic peut, dans de telles circonstances, être d'un intérêt capital au point de vue médico-légal ; car des accidents urémiques ont fait croire à tort à des empoisonnements.

E. La forme exceptionnelle d'urémie, dite ARTICULAIRE, pourrait être prise pour un rhumatisme cérébral, si aux manifestations asthralgiques se joignaient des phénomènes délirants, convulsifs ou comateux.

On n'en finirait pas s'il fallait énumérer tous les cas extraordinaires où le diagnostic ne peut être fait. — A la dernière période des maladies du cœur, il y a albuminurie, délire monotone, nocturne ; dira-t-on urémie délirante ? La constatation d'une affection du cœur ne prouve rien, car il y a des endocardites brightiques. Mais les caractères du souffle prouvent qu'on a affaire à une lésion volvulaire ancienne ; l'urée n'est pas diminuée notablement, il y a des congestions viscérales multiples.

— Dans le cours de la maladie de Bright, notamment de la néphrite interstitielle, les malades peuvent être paralysés d'un membre avec embarras de la parole, tendance aux pleurs et affaiblissement intellectuel. Ces accidents ne sont pas imputables à l'urémie dans laquelle l'absence de toute paralysie motrice est, au contraire, caractéristique ; on doit rattacher ces symptômes aux lésions des artères cérébrales, à l'artério-sclérose encéphalique qui accompagne la même lésion des artères rénales (Lancereaux, Lécorché).

F. L'URÉMIE RESPIRATOIRE à forme dyspnéique ne devra pas être confondue avec une attaque *d'asthme* ; celle-ci se montre, il est vrai, chez des sujets goutteux qu'on peut suspecter aussi de néphrite ; mais son début constamment nocturne, l'abondance des râles ronflants et sibilants qui la suivent, l'intensité extrême de la dyspnée, et sa courte durée, éviteront une erreur, d'autant plus grave en pareil cas, que la morphine, souveraine contre l'accès d'asthme, est formellement contre-indiquée chez un urémique.

La *dyspnée polypnéique* des hystériques qui augmente quand on s'approche des malades, et diminue quand on en s'éloigne n'en imposera pas pour la respiration de Cheyne-Stokes dont nous décrivions la dernière fois les caractères.

Un jour, chez une malade convalescente de scarlatine qui présentait de l'albuminurie, nous avons conçu quelque crainte en la trouvant avec une dyspnée de ce genre ; mais peu après, la diminution graduelle, puis la disparition complète de l'albumine, coïncidant avec l'apparition de manifestations franchement hystériques, venaient nous délivrer d'inquiétude.

Loin de nous la prétention d'avoir passé en revue toute les difficultés de diagnostic que fait naître cette curieuse affection, si souvent larvée, l'urémie. Ainsi il faudrait encore distinguer l'urémie vraie, consécutive aux néphrites, des accidents *d'ammoniémie* ou d'empoisonnement urineux que peut faire naître tout obstacle à l'excrétion de l'urine déjà sécrétée et contenue dans le réservoir urinaire : les symptômes constatés dans ces cas sont de la fièvre plus ou moins intermittente, des frissons prolongés, des vomissements et de la diarrhée, la langue sèche et dépouillée, si bien nommée par le professeur Guyon: *langue urinaire*, un état typhoïde, des convulsions fréquentes, l'haleine ammoniacale, etc.

L'urémie *gastro-intestinale* pourrait momentanément faire songer, par l'abondance des vomissements, aux crises gastriques de l'ataxie locomotrice et de l'hystérie ; mais pareille erreur se dissiperait bientôt ; on serait, jusqu'à un certain point, plus excusable de penser, dans quelques cas à une gastrite chronique ou à une néoplasie cancéreuse de l'estomac.

III

C'est avec grande raison, suivant nous, que M. Labadie-Lagrave, dans un remarquable travail en cours de publication (1), place en tête de l'étude des médications, celles qui sont dangereuses et dont il faut s'abstenir. Le rein étant par excellence l'organe d'élimination, toute substance capable d'irriter par son passage ses éléments anatomiques doit être soigneusement proscrite du traitement des néphrites. Fait plus grave encore, l'accumulation dans l'économie des médicaments, que le barrage rénal ne laisse plus passer assez rapidement, ne tarde pas à transformer ceux-ci en poisons, fussent-il même administrés à doses non toxiques d'ordinaire.

En premier lieu il convient donc de ne pas recourir aux principaux agents de la médication dite révulsive. Les vésicatoires sont condamnés par tous les praticiens dans la néphrite aiguë ; il n'est pas difficile de s'expliquer leur funeste action, quand on connaît les récentes expériences de M. Cornil : une heure après l'applcation d'un vésicatoire à des lapins, l'absorption et l'élimination de la cantharidine a déjà produit des lésions anatomiques appréciables dans les glomérules du rein ; — l'accord est moins complet au sujet de leur emploi dans les néphrites chroniques. M. Labadie Lagrave les considère comme pernicieux dans tous les cas, tandis que pour M. Dujardin-Beaumetz (2), dans les périodes avancées de la maladie de Bright, on peut sans inconvénient en appliquer sur la région lombaire.

Il convient de rejeter aussi les applications iodées, surtout chez les enfants, M. J. Simon ayant montré que, chez eux, quelques jours de badigeonnage avec la teinture d'iode sur la peau suffisent pour faire apparaître l'albuminurie.

Si l'on veut absolument révulser, il faut user, soit de la pommade de Gondret, soit de ouate imbibée d'ammoniaque et appliquée dans un dé à coudre ou un verre sur le point du tégument choisi.

En fait d'émissions sanguines, cinq à six ventouses scarifiées ou quelques sangsues sur la ré-

(1) Article *Reins* du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

(2) Leçons de clinique thérapeutique.

gion rénale sont indiquées au début des néphrites franchement aiguës avec douleurs intenses; la saignée générale n'a de raison d'être que dans certains accidents urémiques menaçant immédiatement la vie.

Dans tout autre cas il serait insensé d'anémier un sujet qui, par sa maladie même, ne sera que trop vite jeté dans une anémie profonde.

Pour continuer l'énumération de ce qu'il ne faut pas faire, l'opium, la belladone, et surtout leurs alcaloïdes, morphine et atropine, la strychnine, les mercuriaux sont susceptibles d'engendrer de graves accidents. Il y faut joindre, suivant M. Labadie-Lagrave, la fuchsine et la nitro-glycérine, dont l'efficacité sujette à caution ne peut compenser les inconvénients auxquels expose leur emploi.

Nous ne passerons en revue les nombreuses médications qui ont été tour à tour employées, soit par empirisme, soit d'après des données théoriques plus ou moins justifiables, pour combattre la cause même du mal.

On peut les répartir en deux catégories : 1° Les médecins qui, partisans de la théorie humorale, voient dans l'albuminurie le résultat d'une altération du sang, ont préconisé les acides et les astringents (acides nitrique, gallique, tannique, perchlorure de fer); les inhalations d'oxygène, l'arsenic.

2° Ceux qui placent dans le rein la cause première de tous les accidents, ont vanté les iodures de potassium, de calcium, d'amidon et même la cantharidine.

En fait, ces médications n'ont guère donné de succès avérés qu'entre les mains de leurs inventeurs; il faut avouer que la thérapeutique rationnelle des néphrites doit être, avant tout, diététique et symptomatique, se bornant à combattre les manifestations les plus menaçantes pour le malade. Avec ce seul objectif on a encore beaucoup à faire.

Diététique : 1° Eviter tout ce qui peut congestionner l'appareil rénal, l'exposition au froid, les appartements humides, les excès de table, les boissons alcooliques.

2° Le régime lacté doit, sans contradiction, constituer la base du traitement; déjà vanté par les anciens, remis en honneur par Chrestien (de Montpellier) et Serres (d'Alais), le lait présente dans les affections rénales de nombreux avantages. — Bien différente de l'albumine du blanc d'œuf qui s'élimine presque en totalité du sang par le rein, la caséine transformée directement en peptone (Gubler) est assimilée d'emblée sans résidu appréciable; le lait est donc un reconstituant de premier ordre. Par sa constitution aqueuse et sa faible minéralisation, c'est un diurétique qui n'irrite point le filtre rénal; dans la néphrite parenchymateuse, il lave les tubuli en entraînant les débris épithéliaux dégénérés qui les obstruent; dans l'interstitielle, il réduit au minimum le travail dépurateur du rein, puisqu'il supprime les déchets de l'organisme (Rendu). Aussi importe-t-il de manier habilement ce précieux agent en évitant la satiété qui peut résulter de son emploi.

Lancereaux ordonne le lait d'ânesse ou de vache, trait depuis au moins douze heures et soigneusement écrémé, chaud, froid ou tiède au gré du malade; on commencera par deux litres bus par verres et à petites gorgées, en quatre fois et à intervalles égaux dans la journée. On augmentera progressivement jusqu'à quatre et six litres en supprimant tout autre aliment, suivant la tolérance du malade, et on ajoutera au lait, selon le besoin, eau de Vichy, eau de chaux, magnésie calcinée ou quatre à dix grammes de chlorure de sodium par litre.

3° Quand on cessera la diète lactée, on pourra donner d'abord de la viande crue, puis les végétaux; comme boissons, on proscrira eau-de-vie, liqueurs, bière; on permettra les vins rouges, surtout ceux qui renferment pas mal de tannin.

4° Il est bon que la peau fonctionne; des frictions sèches, une sudation modérée sont indiquées. Nous sommes beaucoup moins portés à encourager la pratique des bains de vapeur et de l'hydrothérapie dont on s'enthousiasme en Allemagne et en Italie; il est bien difficile, en effet, par ces méthodes, d'éviter le refroidissement brusque de la peau et la congestion rénale qui en est la conséquence, de sorte que la moindre négligence est suivie d'une aggravation dans l'état du malade.

Le traitement proprement dit s'adresse aux symptômes : aux hydropisies, on oppose les *purgatifs* en commençant par les plus doux et en recourant graduellement aux plus énergiques, lorsqu'apparaissent les accidents urémiques graves : salins, (Gubler); drastiques, (Martin-Solon); éméto-cathartiques, (Garcia y Alvarès). — On attendra de bons effets des *diurétiques*, malgré l'anathème formulé contre eux par Campbell Black (1). — « Mieux vaudrait ordonner à un homme atteint de pneumonie double de faire une course de 3 milles à pied, que de donner des diurétiques aux malades atteints de néphrite. » On préférera les sels de soude et de potasse, l'acétate surtout; la digitale n'est indiquée que dans les cas d'insuffisance cardiaque; sinon il faut en redouter les effets cumulatifs.

Parmi les *sudorifiques*, le nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques à la dose de un centigramme a donné de bons résultats (Huchard).

Contre les *accidents urémiques* proprement dits, dès qu'ils viendront à se montrer, on agira énergiquement. Les *vomissements* exclusivement aqueux peuvent être jusqu'à un certain point respectés, puisqu'ils constituent une voie d'élimination supplémentaire des matières excrémentitielles; les vomissements alimentaires doivent être combattus par la diète lactée absolue, les boissons gazeuses, la glace en menus fragments, le champagne.

Les *convulsions* indiquent la saignée générale, les inhalations de chloroforme, l'hydrate de chloral en lavements.

Contre le *coma* les injections sous-cutanées d'éther à la dose d'une demi-seringue de Pravaz

(1) Lectures ou *Bright's disease*, London, 1875 p. 144.

toutes les deux heures, jusqu'à ce que le malade sorte de sa torpeur ; puis inhalations d'oxygène et administration de caféine (0, 20 centigrammes dans une infusion de thé et de café)

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE.

DEUXIÈME PARTIE : TROISIÈME LETTRE(1).

Situation du corps médical en France.

Pour bien comprendre les causes de la situation fâcheuse où se trouve en France le corps médical, il convient d'examiner successivement, et séparément, chacune des six régions dont nous avons précédemment parlé.

Et tout d'abord examinons la répartition des médecins par rapport à la population :

	Habitants	médecins	soit 1 médecin pour
RÉGION NORD	9.369.000	4.624	2.026 hab.
— NORD-OUEST	6.277.000	1.914	3.279 —
— CENTRE	4.301.000	1.540	2.792 —
— EST	6.174.000	2.247	2.747 —
— SUD-EST(2).	4.853.000	2 128	2.280 —
— SUD-OUEST	5.443.000	3.023	1.800 —

La moyenne générale pour la France étant de *1* praticien pour *2,350* habitants, on voit que la proportion s'élève dans les régions Sud-Ouest et Nord, qu'elle est sensiblement normale dans la région Sud-Est, qu'enfin elle est moindre dans les régions du Centre, de l'Est et surtout du Nord-Ouest.

Or nous avons vu que, dans les régions Sud-Ouest et Sud-Est, la proportion des médecins qui ne peuvent vivre de leur profession atteint 56 et 58 0/0, qu'elle n'est plus que de 42, 41, 40 0/0 dans les régions Nord-Ouest, Centre et Est, et qu'elle s'abaisse enfin à 28 0/0 dans la région du Nord.

Il est facile de constater qu'entre ces deux tableaux il n'y a pas concordance absolue.

Mais il peut se présenter diverses objections : une statistique officielle, dira-t-on, compte tous les diplômés, qu'ils exercent ou non leur profession ; par conséquent, la proportion des médecins pratiquant par rapport à la population peut n'être pas exacte.

On peut aussi supposer que les documents d'où nous extrayons les plaintes de nos confrères, proviennent plutôt des déshérités de la profession, chose qui pourrait encore modifier nos déductions.

Nous avons donc cherché, d'après le nombre de clients accusé par nos correspondants, comment pouvait se modifier, dans chaque région, le nombre proportionnel des médecins.

(1) Voir *Concours* médical, n. 26 et 27.

(2) Une erreur typographique a fait placer l'Ardèche dans cette région ; il faut lire *Franche-Comté*, l'Ardèche figure dans la région Sud-Est.

Nous avons trouvé comme moyenne des clientèles :

RÉGION NORD	3.100
— NORD-OUEST	3.600
— CENTRE	3.800
— EST	3.400
— SUD-EST	1.900
— SUD-OUEST	1.600

Nos confrères se trouvent donc au-dessus de la moyenne totale pour les quatre premières régions, au-dessous pour les deux dernières.

Ces chiffres modifient quelque peu ceux qui figurent au tableau précédent, ils ne concordent pourtant pas encore parfaitement avec ceux qui expriment la proportion des médecins qui déclarent leur profession incapable de les faire vivre.

On le voit, le nombre absolu des médecins, pas plus que leur nombre proportionnel à la population, ne suffit pas à expliquer le malaise dont souffre le corps médical.

Poursuivons donc notre étude comparative en examinant la richesse de nos six régions : comme toujours nous empruntons ces chiffres aux déclarations faites sur leur clientèle respective par chacun de nos correspondants :

	Clientèles aisées	Clientèles pauvres	Clientèles riches
RÉGION NORD	74 0/0	10 0/0	16 0/0
— NORD-OUEST	79 0/0	16 0/0	5 0/0
— CENRET	74 0/0	13 0/0	13 0/0
— EST	66 0/0	20 0/0	14 0/0
— SUD-EST	77 0/0	20 0/0	3 0/0
— SUD-OUEST	53 0/0	24 0/0	23 0/0

Sensiblement ces trois dernières régions sont dans les mêmes conditions, on y trouve trois clientèles aisées sur quatre ; il en est à peu près de même dans le Nord-Ouest. Le Centre et le Nord, par contre, sont plus favorisés, on en compte presque neuf sur dix.

Que l'on rapproche ces résultats de ceux que nous avons examinés précédemment, on conclura encore que si la richesse relative du pays est un facteur dont il faut tenir compte quand on étudie la situation des médecins, elle est incapable, soit seule, soit rapprochée du nombre proportionnel des praticiens français, de justifier leurs doléances.

Il faut entrer plus avant dans la question.

Le *Concours*, dans son questionnaire, demandait : *Si vous veniez à mourir, laisseriez-vous votre famille dans l'aisance ?* Sur la totalité des réponses nous trouvons : *Oui* 54 0/0. — *Non* 46 p. 0/0 et la répartition varie encore suivant les régions ainsi que le montre le tableau suivant dressé d'après les réponses affirmatives :

RÉGION NORD	48 0/0
— NORD-OUEST	41 »
— CENTRE	50 »
— EST	69 »
— SUD-EST	47 »
— SUD-OUEST	61 »

Les régions est et sud-ouest sont les plus favorisées sous ce rapport : un certain nombre de nos confrères vivent dans leurs propriétés et parfois les exploitent directement.

Cette raison pourrait, dans une certaine mesure, expliquer la densité des praticiens dans la région sud-ouest et la situation précaire que leur crée l'exercice de la médecine, mais les autres régions semblent échapper à l'action de cette cause toute privée.

D'ailleurs, il faut tenir un certain compte des conditions matérielles de la vie qui, dans les régions du midi, paraissent être moins onéreuses que dans le centre ou le nord de la France.

Quoi qu'il en soit, la production réelle d'une clientèle médicale est loin d'être toujours proportionnelle à l'effet plus ou moins grand des causes que nous venons de passer en revue.

Dans le Nord, le chiffre moyen des recettes annuelles est de	8.500 fr.
Dans le Nord-Ouest il est de	5.750
Dans le centre	8.350
Dans l'Est	6.300
Dans le Sud-Est	4.600
Dans le Sud-Ouest	4.550

Ajoutons immédiatement que la proportion des médecins qui jouissent d'un traitement fixe est :

Dans le Nord	63 0/0	moyenne du traitem.	1000 fr.
Dans le Nord-Ouest	46 0/0	—	730
Dans le Centre	45 0/0	—	930
Dans l'Est	69 0/0	—	1230
Dans le Sud-Est	45 0/0	—	1140
Dans le Sud-Ouest	52 0/0	—	860

La région la plus favorisée, sous le rapport des recettes, est donc incontestablement le nord, viennent ensuite le centre, l'est et le nord-ouest ; les régions sud sont sensiblement en arrière, ce qui montre surabondamment le bien fondé des plaintes de nos confrères.

Mais si, d'autre part, on examine les chiffres des pertes annuelles, on voit que ce sont ces derniers qui ont le moins à souffrir, tandis que les médecins du Nord, du centre et de l'Est sont condamnés à un énorme travail improductif. — En effet, nous trouvons comme moyenne annuelle de ces pertes :

Région du Nord	1.713 fr.
— du Nord-Ouest	1.375 »
— du Centre	1.630 »
— de l'Est	1.600 »
— du Sud-Est	1.425 »
— du Sud-Ouest	1.350 »

Enfin, si la patente peut être un élément d'appréciation des charges qui incombent à chacun d'entre nous comme contribuables, nous voyons encore que les régions du Midi sont les plus favorisées.

Le chiffre moyen de la patente s'élève :

Dans la région Nord	à	100 fr.
Dans la région Nord-Ouest	à	79 »
Dans la région du Centre	à	71 »
Dans la région Est	à	79 »
Dans la région Sud-Est	à	58 »
Dans la région Sud-Ouest	à	45 »

Nous sera-t-il permis de résumer en quelques lignes l'examen comparatif que nous venons de faire ?

Nous dirons : c'est dans les départements du Midi que l'exercice de la médecine est le moins productif, que les médecins sont proportionnellement le plus nombreux ; mais c'est aussi dans ces départements que les charges sont le moins lourdes, que la vie est le plus facile, le bien-être général le plus grand ; l'activité professionnelle y est moindre et les pertes matérielles y atteignent leur minimum.

Dans le Nord, le chiffre moyen des recettes est plus élevé, mais les pertes sont plus grandes ; il y faut plus d'activité, plus de travail, et, si le pays est relativement plus riche, les conditions de la vie sont beaucoup plus onéreuses.

Entre ces régions les autres forment une sorte de moyenne : les diverses conditions qui s'opposent l'une à l'autre y sont moins caractérisées. Si dans l'Ouest le nombre des médecins est moins considérable, le pays est plus pauvre et l'exercice de la médecine plus pénible ; si l'Est et le Centre sont sous ce rapport mieux partagés, les pertes matérielles y sont plus sensibles.

En somme, les conditions générales au milieu desquelles vit le médecin ne sont sensiblement pas différentes, si l'on néglige les situations extrêmes : sur cinq praticiens, deux végètent.

L'intérêt professionnel mieux compris, l'association, les syndicats pourront localement améliorer certaines situations, ou empêcher un abus révoltant, — jamais ils ne changeront ces conditions générales auxquelles nous faisons allusion.

C'est que la cause véritable du malaise professionnel n'est pas où trop souvent on est tenté de la chercher : elle provient avant tout d'une législation défectueuse et surannée. C'est là qu'est le plus grand mal, c'est là qu'il faut porter le remède le plus énergique.

Quand nos conditions fondamentales d'existence seront réglées d'une manière équitable, nos syndicats professionnels feront le reste !

Dr Ar. Gassot, de Chevilly.

II

MÉDECINE CANTONALE

TROISIÈME LETTRE (1)

(Suite)

Le droit que nous réclamons pour le malade de choisir son médecin a pour conséquence la faculté accordée à tous les médecins, officiers de santé ou docteurs, d'être admis au service de la médecine gratuite. Sans cela la liberté des pauvres demeure limitée.

Notre opinion ne semble pas cependant être celle de beaucoup de nos confrères, et nous avons trouvé l'expression de leurs sentiments à cet égard, dans les réponses au questionnaire adressé par le *Concours*.

Plusieurs d'entre eux réclament la nomination du médecin cantonal par la voie du concours. Ce moyen, excellent en principe, nous paraît ici inadmissible. Nous ne demanderons pas comment serait composée la commission appelée à examiner les candidats, — c'est là une affaire d'organisation dont nos confrères n'avaient guère à se préoccuper, — mais nous dirons : 1° ou bien *tous* les médecins habitant une même localité, qu'ils

(1) V. *Concours médical*, n. 19, 22

soient depuis longtemps ou depuis quelques jours seulement installés, peuvent être chargés du service vis-à-vis de ceux qui réclameront leurs soins, et alors le concours est inutile, puisque le diplôme leur confère les mêmes droits; 2o ou bien un médecin *seul*, désigné au concours, sera médecin cantonal, et, dans ce cas, les nouveaux arrivés n'auront qu'à attendre la mort de leur confrère. On pourrait obvier à cet inconvénient en ne nommant le médecin cantonal que pour un nombre d'années limité, mais on n'enatteindrait pas moins la liberté des malades qui serait à jamais aliénée. Sans doute, bien des médecins n'envient pas une situation, que, dans l'état actuel, ils ont refusée ou qu'ils ont quittée sans regret; mais qu'on veuille bien se rappeler que le but de ce travail est de présenter une organisation, la meilleure possible, que nous pourrions tous désirer voir rétablir dans notre pays.

Quelques confrères désirent que le médecin convaincu de faits qui entachent l'honneur de l'homme, ou qui compromettent la dignité de la profession, ne puisse continuer à faire partie du service ou à *fortiori*, y être admis. C'est ici que l'existence d'une Chambre de discipline serait nécessaire. La Chambre de discipline des avocats, qui a été souvent citée comme exemple, peut rayer du tableau le membre de la corporation qu'elle juge indigne, et sa décision a une sanction, parce que le titre d'avocat ne constitue pas le droit de plaider. Il n'en est pas ainsi pour le médecin qui, par son diplôme, a la liberté d'exercer sa profession. L'association générale des médecins de France s'est préoccupée, à un point de vue plus général, de l'opportunité de créer un conseil de discipline qui pût arrêter les scandales que provoque la conduite professionnelle de quelques-uns de nos confrères.

On nous permettra de citer les paroles du Dr Brouardel : « ...C'est forcer les analogies que « de croire exactement applicable aux médecins « ce qui existe pour les avocats. La différence naît « de la possibilité d'apprécier le délit et de la possibilité d'appliquer la peine. Les avocats ne sont « pas disséminés sur toute la surface du pays, ils « sont groupés autour d'un tribunal, ils exercent « leur profession devant leurs confrères et devant « les membres du tribunal. Ils ont donc, réunis « autour d'eux, des juges compétents qui apprécient la délicatesse ou l'indélicatesse de leur « conduite professionnelle. Les membres du conseil de discipline se recrutent dans ce groupe, « témoin des actions de tous les justiciables. Sont-« ce là les conditions dans lesquelles le médecin « exerce sa profession? A moins de scandale manifeste, où se trouvent les juges compétents? Où « se trouve le groupe des collègues témoins et « juges des actions? Ceux-ci sont disséminés dans « tout le département.

« D'autre part, un jugement rendu par un conseil de l'ordre des avocats a pour sanction la « suspension des actes professionnels du condamné, parce que pour faire acte professionnel, « l'avocat doit venir devant la Cour en présence « de ses juges. Y-a-t-il quelque chose d'analogue pour le médecin? Comment le mettrez-« vous en interdit? Par quelle mesure empêchera-« t-on un malade de lui demander conseil? Il y « aurait impossibilité d'exécuter l'arrêt sans soulever des luttes passionnées parmi les clients du « médecin.

« Renonçons donc à cette illusion et revenons « aux choses possibles. » (Rapport Brouardel, *in* annuaire de l'association générale, exercice 1872, p. 121 et 122).

Il ne faut donc pas en principe exclure un confrère, puisque l'exclusion formulée contre lui ne saurait l'atteindre. Il ne faudrait pas espérer non plus, que la création de syndicats professionnels puisse résoudre complètement cette difficulté. Nous ferons remarquer toutefois que le syndicat, formé entre confrères voisins, permet de mieux connaître la gravité des faits imputés, d'en apprécier même le caractère et qu'une décision prise par lui a plus d'effet, parce qu'elle est facilement connue du public.

Libre à nous d'avoir des relations professionnelles avec le confrère qui a démérité. Nous sommes les plus aptes à juger de la possibilité de continuer à nous trouver près d'un malade, terrain neutre, avec le collègue que la loi a frappé. Nous laissons donc au médecin la direction de sa conduite, et respectons aussi la liberté du malade, ne croyant pas équitable de le priver des soins que nous lui accordons, en principe, le droit de réclamer. A chacun de faire le choix qui lui semblera le meilleur.

Il y a un grand intérêt pour nous, à être tous libres, de donner des soins rétribués aux indigents qui les demandent. De cette façon nous pouvons nous refuser à visiter les pauvres pour lesquels le médecin cantonal ne voudrait pas se déranger, et les opinions politiques ou religieuses, et les préoccupations électorales n'ont plus d'influence sur le service. Mais il nous semble injuste d'exiger du médecin un stage de deux années dans la même localité avant de l'admettre à donner aux pauvres des soins rétribués par l'administration. Nous savons trop que les clients qui ne veulent pas payer leur médecin forment déjà une grande partie de la clientèle du médecin qui vient de s'établir, et que les débuts de l'exercice de notre profession sont extrêmement pénibles.

(*A suivre*) Dr MIGNEN, de Montaigu.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le roman d'un pseudo-hermaphrodite.

Il fut un temps où on parlait beaucoup d'hermaprodites et d'hermaphrodisme : l'imagination se donnant carrière, a brodé, sur ce facile canevas, des histoires prodigieuses, dont le moindre défaut est de ne reposer en rien sur la réalité. On ne trouverait pas, en effet, dans la science, une seule observation authentique d'hermaphrodisme

véritable : ce que l'on rencontre, et cela assez fréquemment, ce sont des arrêts de développement plus ou moins complets, mais presque toujours limités aux organes externes, en sorte que, si l'on fait un examen plus approfondi, on peut arriver à déterminer avec certitude, et en dépit de ces malformations extérieures, le sexe réel et unique de l'individu.

C'est là une vérité absolue dont les membres de la Société d'Anthropologie ont pu se convaincre, en voyant le sujet que *M. Magitot* leur a présenté dernièrement, et dont le cas est véritablement typique. L'observation est curieuse à tous égards, car l'individu, dont il est question, a été enregistré à l'état civil comme appartenant au sexe féminin, a été marié comme tel, et est cependant en réalité un homme. Voici son histoire tout au long :

La nommée Ernestine G..., aujourd'hui âgée de quarante ans, est née en 1841, à Voncq, canton d'Attigny (Ardennes). Elle fut enfant unique de parents bien portants et bien conformés. La déclaration de naissance, à la mairie de la commune, fut celle d'une fille, et, dès le bas âge, elle fut envoyée à l'école communale des filles de son village.

A treize ans et demi apparut, sans aucun accident ni phénomème quelconque antérieur, un écoulement de sang par les parties génitales, qui sembla avoir tous les caractères d'une époque menstruelle. L'hémorrhagie fut assez abondante, continue, et dura deux jours.

Trois mois plus tard, nouvelle apparition semblable, moins abondante toutefois, et durant seulement vingt-quatre heures.

Enfin, trois mois encore après cette seconde époque, troisième apparition d'un écoulement durant encore vingt-quatre heures aussi, mais beaucoup plus clair, analogue, paraît-il, à de l'eau roussâtre.

Vers la même époque, on aurait constaté chez cet individu un développement notable des seins, dont il n'existait point trace antérieurement.

A partir de cette période, et surtout vers quinze à seize ans, Ernestine G..., qui continuait à vivre avec les jeunes filles de son âge, se sentit, dit-elle, manifestement attirée vers la fréquentation des garçons du pays. Elle raconte même qu'elle eut une grande affection pour l'un d'eux, sans que toutefois il y eût entre eux aucun rapport sexuel. Les circonstance s'opposèrent d'ailleurs à leur projet de mariage.

A dix-sept ans et demi, Ernestine G..., épousa un homme de son pays, nommé L... ; mais les rapports sexuels ne purent avoir lieu que d'une façon très imparfaite, son mari, suivant son dire, n'ayant jamais pu *pénétrer*. Elle remarqua même que, de son côté, elle présentait, dans ces rapports, une disposition tout à fait analogue à celle de son mari, et qu'un membre pareil au sien, bien que moins volumineux, entrait en érection en même temps et produisait une éjaculation semblable.

Les deux époux vécurent en bonne intelligence jusqu'en 1871, époque de la mort de L...

Depuis lors, les idées d'Ernestine G..., devenue veuve, se sont modifiées, et elle manifesta une propension très marquée et même très ardente du côté des femmes. Elle eut ainsi plusieurs maîtresses, et elle affirme que les rapports s'effectuaient tout à fait normalement.

Ernestine G... fait d'ailleurs l'aveu que, du vivant de son mari, et sans qu'elle ait interrompu ses relations avec lui, elle eut plusieurs fois de véritables rapports avec des femmes, mais moins fréquemment, et moins régulièrement que depuis qu'elle est veuve.

Telles sont les circonstances principales de la vie d'Ernestine G... jusqu'à ce jour.

Examen extérieur. — La taille de cet individu est de $1^m,78$, c'est-à-dire une taille masculine.

Les cheveux sont noirs, assez abondants, quoique courts; la barbe, bien fournie, noire et occupant toute la région qu'elle recouvre ordinairement chez l'homme. Le visage n'a pas de caractère sexuel bien marqué.

Le cou est évidemment masculin par sa forme et ses saillies musculaires. Le larynx toutefois n'est pas saillant et la voix est manifestement féminine.

La forme générale du corps, les masses musculaires sont celles d'un homme. La force musculaire, calculée au dynanomètre, marque 50 kilos, c'est-à-dire qu'elle est supérieure à celle des femmes, dont la moyenne ne dépasse guère comme on le sait, 40 à 45 kilos.

Les seins sont assez volumineux, mous et couverts de poils ; mais la forme du mamelon et l'étendue de l'aréole se rapprochent beaucoup des caractères féminins, très différents par conséquent de ce que seraient des seins d'hommes gras. L'individu est d'ailleurs d'une corpulence moyenne.

Le ventre est plat, un peu anguleux sur les côtés, comme chez l'homme. Le bassin est peu développé et masculin ; les genoux n'ont aucune tendance convergente.

Sur toute la surface du corps, la peau est rugueuse, les poils sont abondants et rudes, ainsi que cela a lieu chez l'homme. Les pieds et les mains, les attaches des membres, sont masculins.

Examen des organes génitaux. — Le pubis est couvert de poils comme dans l'état normal : le périnée est très étendu en surface et également garni de poils. En écartant les cuisses, on aperçoit aussitôt, à la partie supérieure et médiane, un corps qui a toutes les apparences d'un véritable pénis du volume de celui d'un enfant d'une douzaine d'années ; le gland est découvert, imperforé comme dans l'hypospadias et retenu inférieurement par deux faibles brides formant freins, de chaque côté d'une gouttière sous-jacente qui représente la paroi supérieure du canal uréthral. Ce pénis, dans l'état d'érection, deviendrait, au dire de l'individu, environ double de son volume, à l'état de repos.

En outre, l'érection ne pourrait pas être droite et complète, la verge conservant toujours une certaine courbure inférieure.

Ce pénis occupe la partie supérieure d'une sorte de fente vulvaire limitée, de chaque côté, par deux grandes lèvres d'apparence normale. La lèvre gauche est toutefois plus volumineuse que la droite.

et on y constate la présence d'un corps ovoïde dur et mobile, ayant toutes les apparences d'un corps testiculaire. La pression est douloureuse et la palpation y reconnaît la présence de l'épididyme.

Le volume de ce testicule est normal.

Dans l'épaisseur de la lèvre droite, on reconnaît la présence d'un autre testicule avec son épididyme, mais d'un volume moindre.

L'index introduit au-dessous de la verge pénètre dans un infundibulum qui n'est limité en avant par aucun vestige de petites lèvres, long de 3 à 4 centimètres, et aboutissant à un cul-de-sac à la partie supérieure duquel on rencontre l'orifice uréthral.

On ne sent toutefois aucune trace de col utérin, et, à l'examen plus attentif de la muqueuse, on n'aperçoit aucun vestige des orifices des glandes vulvo-vaginales, non plus qu'aucun débris d'hymen. Le toucher de cet infundibulum est très douloureux, ainsi que toute tentative de cathétérisme, ce qui nous a fait ajourner jusqu'à présent ce point d'exploration ainsi que la recherche des orifices des canaux déférents.

L'orifice anal est situé à une grande distance de l'orifice de l'infundibulum, 6 à 7 centimètres au moins.

Le toucher rectal, porté aussi haut que possible, n'a pas permis de reconnaître la présence d'un corps utérin ni de la prostate. Il n'a point toutefois été pratiqué concurremment avec le cathétérisme vésical, le sujet s'y étant refusé jusqu'à présent.

Dans les rapports qu'a cet individu avec les femmes, l'érection est suivie d'une éjaculation véritable qui se produit dans l'infundibulum, c'est-à-dire comme chez les hypospades.

Le sperme a les caractères ordinaires ; il empèse le linge.

Le liquide recueilli dans un tube a tous les caractères extérieurs du sperme normal. On n'y reconnaît toutefois, à l'examen microscopique, aucune trace de spermatozoïdes.

Les détails anatomiques et physiologiques que nous venons de donner seraient de nature à suggérer bien des réflexions touchant l'interprétation qu'il convient de donner à ce cas intéressant.

Si nous accordions une grande importance à certains attributs féminins mentionnés dans l'histoire de cet individu, comme l'existence de trois périodes menstruelles, l'état des seins, le timbre de la voix, etc., nous serions conduit par la présence, d'autre part, d'organes et de fonctions évidemment masculins à la conception d'un hermaphrodite vrai rentrant, suivant la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, dans la classe des *hermaphrodites bisexuels imparfaits*.

M. *Mathias Duval* a fait remarquer à la Société combien cette monstruosité jetait un jour complet sur l'homologie des organes génitaux de l'homme et de la femme. En résumé, dit-il, il s'agit ici d'un homme atteint d'hypospadias : par suite d'un arrêt de développement, le sinus urogénital est resté, chez lui, à cette période neutre ou indifférente de l'état embryonnaire, dans laquelle l'un des deux sexes ne s'est pas encore révélé extérieurement, soit par le développement de l'utérus venant faire saillie au fond du cul-de-sac devenu le vagin, soit, au contraire, par le développement latéral des parois du cloaque qui, finissant par s'accoler, constituent un canal complet jusqu'au gland pour former l'urèthre. Ainsi, ce sujet, qui est un homme par ses organes internes, n'est qu'un embryon neutre par ses organes externes.

— Voilà donc, grâce à l'embryogénie, tous les médecins d'accord sur ce point important. Mais vraiment l'embryogénie rapproche terriblement ces deux sexes que la civilisation met tant de soins à séparer (ce n'est pas un blâme, c'est une simple remarque) : à l'origine, la différenciation sexuelle ne dépend que de l'atrophie ou du développement du corps de Wolff ou de l'organe de Muller, et encore il peut y avoir des arrêts, incomplets il est vrai, de développement ! Et voilà comment votre serviteur aurait pu appartenir au beau sexe, si, vers la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, on lui avait demandé son avis : Ah ! (c'est bien le cas de le dire) si jeunesse savait !— Après tout, le choix aurait peut-être été un peu embarrassant.

Dans tous les cas, mes chers confrères, il faut nous estimer bien heureux que Dame Nature se soit montrée assez généreuse à notre endroit pour ne pas arrêter notre développement à la période embryonnaire ou neutre.

Dr J. GEOFFROY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'asthme.

Bromure d'ammonium...	3 gr. 50	
Chlorure d'ammonium...	60	centig.
Teinture de Lobelia.....	5 gr. 50	—
Sirop d'éther composé...	30 gr.	
Sirop d'acacia.........	100 gr.	

Une cuillerée à bouche dans de l'eau toutes les heures, durant l'attaque. (*Paris médical*, d'après *Boston, med. and surg. journ. june.* 3. 1880).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Le 26 juin, l'*Assemblée générale* des médecins du département d'*Indre-et-Loire*, sur la proposition de *MM. Berry*, Delavente et Bouthery, a nommé une Commission qui fera un rapport sur l'utilité de la formation d'un *syndicat*.

Nous faisons des vœux pour la réussite de cette utile institution. La création, par les branches de l'*Association générale, de syndicats*, agissant en dehors de l'Association et parallèlement à elle, est une des choses les plus souhaitables pour les médecins. Les éléments des syndicats se trouvent ainsi trouvés. Les services qu'ils peuvent rendre, feraient apprécier encore plus vivement les bienfaits déjà dus à l'Association générale.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

16 Juillet 1881 — 3me Année. — N° 29

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Dans un de nos derniers numéros, nous avons promis à nos lecteurs de leur faire connaître la méthode et les procédés qui ont conduit M. Pasteur à la découverte des vaccinations charbonneuses. Nous détachons donc du *Bulletin de l'Académie*, la partie suivante du discours de M. Bouley :

« Dans ses recherches sur le microbe du choléra des poules, M. Pasteur avait constaté l'atténuation graduelle de la virulence dans les liquides de culture qu'on laisse exposés à l'influence de l'air *absolument pur;* cette virulence atténuée se mesure, dans son intensité, au pourcentage des accidents mortels qui suivent l'inoculation, 50, 40, 20, 15, 10 pour 100, suivant que le liquide de culture a été exposé moins ou plus longtemps à l'action modificatrice de l'air. Mais le virus, qui avait cessé d'être mortel, dotait l'organisme auquel on l'avait inoculé d'une immunité complète contre le virus mortel, tel qu'on le trouve dans les premières semaines qui suivent l'ensemencement dans un liquide de culture. La méthode de la vaccination était dès lors créée : en effet, pour une maladie des plus virulentes, on pouvait, en soumettant le microbe, agent de cette virulence, à des influences méthodiques de milieu, atténuer son énergie et la réduire au point qu'elle ne produisît plus d'autre effet qu'une maladie bénigne, à la suite de laquelle l'immunité devenait acquise.

« Mais le microbe du charbon, dans les mêmes conditions, conservait, au contraire, sa virulence tout aussi énergique, pendant des mois et des années. La raison en était dans la différence des modes de génération des deux microbes. Le microbe du choléra des poules ne s'engendre, en effet, que par *scissiparité;* on ne connaît pas ses spores; tandis que le microbe du charbon a deux modes de génération : il est à la fois *scissipare* et *sporipare*, c'est-à-dire que des spores se forment et très rapidement, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, dans les segments qui le constituent.

« Or, tandis que la substance constitutive du mycélium est très impressionnable à l'influence de l'air et se modifie en se débilitant, pour ainsi dire, les spores, au contraire, sur lesquelles réside le *devenir* de l'espèce, sont très résistantes à ces influences; l'air est sans action sur elles. Il faut, pour les détruire, des agents très énergiques, comme le feu, par exemple. Que si donc le microbe du charbon n'est pas susceptible de se modifier sous l'influence de l'air, c'est sans doute que son énergie est mise à l'abri de cette influence dans les spores inaltérables.

« Si l'on prévenait la formation des spores en maintenant le mycélium du charbon dans de telles conditions de milieu que cette formation fût suspendue, ce microbe, maintenu à l'état de mycélium, ne subirait-il pas les mêmes influences atténuantes de la part de l'air que celui du choléra des poules?

« Cette idée conduisit à la constatation expérimentale suivante : entre 42 et 43 degrés, la bactéridie charbonneuse qui se cultive encore très bien par scissiparité n'engendre plus de spores. Toute

la question était donc de maintenir le liquide de culture à cette température et d'exposer le mycélium engendré au contact de l'air pur, de la même manière que celui du choléra des poules, pour savoir si, dans ces conditions, il subirait la même atténuation que celui-ci. Or, dans ces conditions, il perdait graduellement de sa virulence, au point de devenir compatible avec la vie et de faire l'office de vaccin. Le problème de la vaccination contre le charbon était donc scientifiquement résolu, comme celui du choléra des poules. Mais dans l'application, l'altération facile du mycélium, sous l'influence des milieux, aurait donné lieu à d'assez grandes difficultés.

« Alors M. Pasteur s'est demandé si le microbe qui, cultivé en liquide chaud, n'engendre plus de spores, ne les engendrerait pas de nouveau si on le remettait en liquide froid.

« L'expérience démontra que la faculté germinative, endormie dans un milieu chaud, se réveillait dans un milieu froid et que des spores se formaient dans les segments du mycélium atténué, comme dans ceux du mycélium doué de toute son activité virulente.

« Mais ces spores, nées d'un mycélium affaibli par l'influence de la chaleur, à quel degré possédaient-elles la virulence? Etait-ce une virulence forte ou une virulence en rapport exact avec le degré d'atténuation obtenu par la culture dans le mycélium dont cette spore procède? L'expérimentation démontra que la spore, provenant d'un mycélium atténué, n'avait qu'une virulence exactement proportionnelle à la sienne, et enfin, que les bactéridies de ces spores atténuées ne possédaient, elles aussi, qu'une virulence exactement proportionnelle à celle de leur spore originelle. En sorte que l'on a réussi, par des cultures méthodiques, à constituer des *races*, pour ainsi dire, dans les bactéridies charbonneuses, à faire que l'atténuation virulente soit transmissible *héréditairement*. Cette virulence, obtenue par la culture et transmissible par voie de génération, peut alors se mesurer par les effets produits sur des animaux susceptibles, le mouton, le cobaye, la souris blanche, *réactifs vivants* d'une grande sûreté, permettant de *titrer* les virus suivant les nécessités.

« Mais il y a des degrés dans l'immunité conférée, comme il y en a dans la virulence. Pour le charbon, il convient d'en donner d'abord *une première dose* par un virus inoffensif pour le mouton, mais tuant le cobaye. L'organisme du mouton est rendu alors invulnérable à l'action d'un virus assez fort pour tuer 50 pour 100 des moutons vierges de l'inoculation du premier degré. Enfin, lorsque les moutons vaccinés en deuxième degré reçoivent le virus fort, l'immunité est le plus souvent tellement complète qu'ils lui demeurent la plupart insensibles, et s'ils se montrent encore susceptibles à un certain degré, l'immunité s'achève par les effets de cette dernière inoculation. »

CONFÉRENCE CLINIQUE

de M. Legrand du Saulle

A LA SALPÊTRIÈRE

LE SUICIDE

Parmi les sujets qui se disputaient la faveur de vous être présentés, il y en a un qui gagnerait à vous être soumis, à cause des points de vue personnels et particuliers que la pratique m'a fait connaître, c'est le suicide et la folie suicide, ou encore la mort volontaire. Dans cette question, nous quitterons rapidement le terrain de la psychologie pathologique pour aborder les difficultés et mettre en relief les points peu étudiés.

En France, on compte en moyenne 5,500 suicides par an ; chaque année, ce chiffre va en augmentant. Le département de la Seine entre dans ce nombre pour 800.

La doctrine de Chatterton, *désespérer et mourir*, devient une religion trop suivie par les citoyens français. Quand on aime son pays, quand on sert l'humanité, on se demande par quels moyens on pourrait diminuer ce chiffre. Si ce nombre augmente, il faut l'attribuer, pour une grande part, à l'influence contagieuse exercée par les journaux à bon marché. Ceux-ci agissent sur les organisations cérébrales débiles, sur les imaginations avides d'extraordinaire, sur les individus accessibles aux émotions et aux troubles. L'exemple reste dans la mémoire, et il devient, à un moment donné, le modèle d'un acte qu'on répétera avec le même arrangement. L'asphyxie par le charbon ne le prouve que trop.

Un jour, j'ai été mandé pour constater le suicide d'une ouvreuse de loge de théâtre. Rappelée à la vie, cette pauvre femme, qui était phthisique, me répondit, quand je la questionnai sur les motifs qui lui avaient fait préférer ce genre de mort : « J'ai vu la scène d'asphyxie d'un drame qu'on jouait à la Porte-Saint-Martin, j'ai fait de même. »

Les livres concourent aussi beaucoup pour leur part au développement du suicide. Chez une nation amie de la France, et que je ne nomme pas, la littérature parle sans cesse du suicide, elle en fait l'apologie, et se constitue la courtisane de la mort volontaire. Aussi ce genre de mort prend-il un rapide accroissement dans ce pays. Ce qui prouve

cette influence du livre, c'est que là, le suicide a lieu dans un milieu très lettré. Ce sont des jeunes gens, des jeunes femmes de bonne famille qui succombent à cette contagion, tandis que dans le reste du peuple, la progression ne varie pas.

Le suicide est-il un acte volontaire? Est-ce une maladie, un symptôme constant de folie? C'est une erreur d'admettre que le suicide est toujours un acte de folie. Esquiros et Bourdin l'ont soutenu avec talent, mais c'est un tort. L'homme franchement matérialiste, ennuyé de la vie, n'est-il pas conséquent avec ses principes, quand il met fin à ses jours? Après lui c'est le néant, la cessation des maux. Il agit conformément à sa doctrine. Si l'on passe quelques heures, cruellement intéressantes, à parcourir les dossiers des suicidés, on y trouvera des lettres admirables qui indiquent une intelligence présente, et une volonté ferme d'en finir par ce genre de mort qui dénote un triste courage.

L'histoire nous montre de grands exemples de mort volontaire, exemples proposés à l'admiration du monde. Ces hommes n'étaient pas fous. Ils n'étaient point entachés d'aliénation mentale, les actes de Brutus et de Caton, de Curtius et de Codrus. Autre chose est le suicide dans les maisons d'aliénés, le suicide de ces malades obsédés par la crainte, et qui se donnent la mort en cédant à des impulsions pathologiques. En examinant les différents genres de suicide, on voit qu'il y a deux formes distinctes dans la mort volontaire, l'une qui permet à la volonté et à la liberté de demeurer intactes, l'autre qui témoigne du désastre des facultés.

Voltaire a écrit quelque part : « Il serait à désirer que tous ceux qui prennent le parti de sortir de la vie, laissassent par écrit leurs raisons avec un petit mot de leur philosophie; cela ne serait point inutile aux vivants et à l'histoire de l'esprit humain. » Ce vœu est réalisé par tous ceux qui savent écrire. Ils laissent leurs impressions dernières qui permettent de reconstituer leur état psycho-pathologique.

Le commissaire de police vous demande pour faire une constation médico-légale. A moins du flagrant délit, vous acceptez ou vous refusez. On pénètre dans le logement qui est souvent une mansarde et là, on trouve une jeune fille étendue sur le lit. A côté est un réchaud de charbon. Mais dans sa main elle serre un morceau de papier (j'ai vu ce fait) qui contient le secret de sa vie, secret qu'elle a révélé à ce moment suprême en prenant à témoin, Dieu, la famille, le monde, etc.

Cet adieu suprême que presse la main défaillante de l'homme qui commet un attentat sur lui-même, devient une pièce annexée au procès-verbal et destinée à jouir d'une sépulture officielle dans les cartons administratifs. Depuis 1830, ces documents sont colligés, classés, annotés. Il existe quelque chose comme 345.000 dossiers de suicidés étiquetés dans les ministères de l'intérieur, de la justice et de la guerre, ainsi qu'à la préfecture de police. Voici à peu près dans quel ordre on peut ranger, d'après leur fréquence, les derniers sentiments exprimés par les suicidés : reproches, plaintes, injures, déclamations et réflexions sur les causes de la fin tragique; adieux; instructions pour les funérailles, prière de n'accuser personne; aveu d'un crime, d'une passion, d'une mauvaise action; prière d'obtenir le pardon; sollicitude pour l'avenir des enfants; confiance en Dieu; paroles bienveillantes; regrets de la vie; croyance en une vie future; angoisses diverses, fatalisme, etc.

C'est ainsi qu'on trouve dans ces écrits l'aveu d'un crime non soupçonné chez un homme regardé comme honorable depuis cinquante ans; car, à cette heure dernière, les plus douloureux mystères s'échappent facilement de la conscience.

De même qu'il se rattache aux orages de la vie privée, le suicide se rattache à l'histoire du passé. Les déchirements patriotiques, les tourmentes sociales y trouvent leur reflet et comme un témoin irrécusable. Ecrire la relation du suicide en France depuis un siècle, ce serait toucher à toutes les convulsions de l'époque contemporaine et la tâche ne serait pas sans périls.

Que s'est-il passé au moment de la Révolution? Il n'y a qu'à lire les récits de nos désastres enregistrés par M. Thiers. Parmi les vingt-deux conventionnels prisonniers de Marat et de Robespierre, qui écoutent la sentence de mort qui les rend immortels et qui vont au supplice en chantant l'hymne de gloire et de liberté, un cadavre tombe: Valazé avait pu se frapper avec un bonheur justifié par l'énergie de la résolution. Cependant Fouquier-Tinville avait proposé des mesures préventives afin d'enlever aux accusés le pouvoir d'empiéter sur les privilèges du bourreau.

Barbaroux se fracasse la mâchoire d'un coup de feu. Condorcet, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, celui que d'Alembert comparait « à un volcan couvert de neige,» Condorcet, grâce à la prévoyante sollicitude de son ami Cabanis, qui lui avait remis une substance toxique, ne laisse aux gens du Comité qu'à verbaliser sur un cadavre. Roland, fou de désespoir depuis le meurtre de la fière républicaine, sa femme, se tue sur une route, Péthion, Buzot se sont également suicidés, le fait paraît certain du moins. Le 19 messidor, on apprit à la Convention que « leurs cadavres, hideux et défigurés, à demi-rongés par les vers, venaient d'être retrouvés et que leurs membres étaient devenus la proie de chiens dévorants. »

La chute thermidorienne nous montre Maximilien Robespierre, blessé à la face; Robespierre jeune se jetant par la fenêtre; Lebas se faisant sauter la cervelle et le paralytique Couthon voulant mettre sa résolution au niveau d'un péril suprême et sortir de la vie comme Caton d'Utique.

Ces grands événements ont conduit ces hommes à la mort volontaire.

L'étrange animosité du citoyen Aubry avait fait mettre en retrait d'emploi Bonaparte qui s'était couvert de gloire au siége de Toulon. Il se trouvait, comme il le dit, lui-même, « dans une de ces situations nauséabondes qui suspendent les facultés cérébrales et rendent la vie un fardeau trop lourd. » Sa famille lui demandait de l'argent. Désespéré, il se rendait à la Méditerranée pour se précipiter dans les flots, quand il rencontre

Demazis, son camarade de Brienne, qui venait d'hériter de trente mille francs. Celui-ci les lui prête et sauve ainsi la vie du futur empereur.

Les événements ont marché. Nous voici au 4 avril 1814, et l'homme qui faillit disparaître volontairement dans les flots de la Méditerranée, est au palais de Fontainebleau, livré à lui-même, général sans armée, empereur sans couronne. Que se passa-t-il dans la nuit? Quelques années plus tard, Napoléon le racontait ainsi : « Depuis la retraite de Russie, je portais du poison suspendu au cou dans un sachet de soie, c'est Yvan qui l'avait préparé par mon ordre, dans la crainte que je ne fusse enlevé par les Cosaques... Ma vie n'appartenait plus à la patrie... les événements de ces derniers jours m'en avaient rendu maître... Pourquoi tant souffrir, me dis-je, et qui sait si ma mort ne placerait pas ma couronne sur la tête de mon fils? La France serait sauvée... Je n'hésitai pas et délayant le poison dans un peu d'eau, je le bus avec une sorte de bonheur; mais le temps lui avait ôté sa valeur. D'atroces douleurs m'arrachèrent quelques gémissements; ils furent entendus, des secours m'arrivèrent. Dieu ne voulut pas que je mourusse encore ... Sainte-Hélène était dans ma destinée (1). »

Cet homme extraordinaire au point de vue intellectuel n'était point un aliéné.

Voilà un point jugé. Il y a des hommes tout-puissants par l'intelligence, la volonté et le courage qui ont estimé que la mort était le seul remède aux blessures de l'âme.

Examinons maintenant les formes d'aliénation mentale dans lesquelles on trouve le suicide et où on a à le redouter.

C'est d'abord *l'hypochondrie*, ce qui peut paraître étrange. Mais s'il y a les hypochondriaques de la mort, il y a aussi ceux de la maladie. Ces derniers se suicident pour ne plus continuer à souffrir. Nous en avons déjà parlé (2) et on en verra un nouvel exemple un peu plus loin.

Les *persécutés* se suicident aussi, mais dans des circonstances spéciales. (3)

Les *héréditaires* présentent souvent des états très curieux à étudier. Le suicide, en tant que maladie, est parfois héréditaire, et bien des familles se trouvent ainsi décimées, car les individus dépassent rarement cinquante à cinquante-huit ans.

Le *délire triste* conduit également au suicide. Les malades y arrivent par l'exaltation des idées religieuses. Ils croient faire un acte agréable à Dieu. On me demande ma vie, se disent-ils, et l'exécution se prépare. Les mélancoliques se tuent avec la conception délirante qu'ils accomplissent une action qui leur sera comptée pour une autre vie. Ils sont logiques dans leur délire.

Certaines circonstances influent sur le suicide. La puberté est dans ce cas. On voit des enfants de douze à quatorze ans se donner la mort. Il y a quelques jours un enfant de onze ans se suicidait.

(1) *Traité de médecine légale*, par Legrand du Saulle, page 498.

(2) Voir dans le *Concours médical*, année 1880, page 304, la clinique de M. Legrand du Saulle, sur les hypochondriaques.

(3) Ibid., pages 413, 455, 491, 542.

La grossesse a aussi son influence. Ces idées reviennent souvent aux époques qui doivent être celles où les règles devraient venir. Les femmes abandonnées, alors qu'elles sont enceintes, sont sujettes à la mélancolie. Les malades atteints de la pellagre ou d'érythème pellagrant ont une impulsion irrésistible pour l'eau. L'épilepsie qu'on croyait, à tort, incompatible avec le suicide, se termine quelquefois de cette façon. J'ai vu plusieurs épileptiques attenter à leur vie.

Comment se suicide-t-on?

Brierre de Boismont, en faisant le relevé des 4595 procès-verbaux de suicides dans le département de la Seine, de 1834 à 1843, a trouvé :

Asphyxie par le charbon..........	1426
Submersion....................	989
Strangulation..................	796
Armes à feu....................	578
Précipitation..................	424
Instruments tranchants.........	207
Empoisonnement................	158
Ecrasement....................	16
Abstinence....................	1
Total.............	4595

Reprenons rapidement un à un ces différents moyens de suicide, car une leçon serait presque nécessaire pour chaque espèce, surtout pour les dernières.

Dans *l'asphyxie par le charbon*, on trouve quelquefois des hémorrhagies par les fosses nasales, la bouche, l'anus, de larges plaques plus ou moins rouges, sur les cuisses, le ventre, la poitrine. Si on n'est pas préparé, si on ne se rappelle pas ces notions en entrant dans la chambre, ces traces de sang sur le lit, sur le cadavre, peuvent faire supposer un crime. Il faut passer le cadavre en revue et ne pas s'en laisser imposer par ces marques sanglantes qui se rencontrent quelquefois chez les asphyxiés par le charbon. Chez l'homme, l'érection n'est pas rare dans cette circonstance; aussi faut-il rechercher avec soin les taches de sperme et de liquide prostatique. La chaleur qui persiste très longtemps peut aussi induire en erreur. A quelle heure remonte le suicide? Il faut répondre une heure approximative à l'agent qui écrit sous votre dictée, et qui a toujours sur lui du papier, de l'encre et des plumes. Il peut être très important de connaître cette heure, mais ce n'est pas par la température que vous y arriverez. L'appartement plus ou moins haut, et la température extérieure plus ou moins élevée peuvent influer beaucoup sur le degré de chaleur conservée par le cadavre. Il faut encore tenir compte de ce fait que l'asphyxié, avant de mourir, a pu prendre certains breuvages, certaines liqueurs propres à faire persister la chaleur.

Répondez toujours approximativement ou environ, car si plus tard des dénonciations, des lettres anonymes arrivent, on exhume, et le médecin peut se trouver en désaccord avec les faits. Une fois, après dix heures, la température était presque normale, une autre fois, il y avait encore quinze degrés après quarante heures. La mort arrive quelquefois très précipitamment, surtout si l'ap-

partement est petit; de même, une température extérieure élevée peut amener une décomposition rapide ou la production de phlyctènes.

Une mort accidentelle et involontaire peut être prise pour un suicide réel et volontaire, ainsi qu'en peut témoigner le fait suivant. Il y a quelques années, deux pauvres ouvriers logeaient ensemble dans un petit garni. L'un d'eux attendait son camarade; désespéré, il allume un réchaud et il se couche. A onze heures, l'autre rentre, il n'était pas gris, il se déshabillait sans lumière: On ne respire pas, se dit-il, et il se couche. A peine couché, il éprouve du malaise, va ouvrir la fenêtre, allume une bougie et trouve son camarade asphyxié. Que serait-il arrivé, si le lendemain la justice, pénétrant dans le logement, avait trouvé deux cadavres?

Voici un autre fait physiologique possible. Un individu ivre est poussé dans un milieu asphyxiant. Il ne se défend pas, il meurt. C'est un crime et on croit à un suicide. Il est impossible de le savoir. L'autopsie démontre tous les signes de l'asphyxie. Mais par qui a-t-il été asphyxié? C'est là un côté fort grave qu'il est bon de connaître, car il faut être préparé à toutes les péripéties.

Le gonflement du visage est quelquefois énorme; les yeux sont brillants. D'autres fois on observe une grande pâleur, ou bien la face est calme, le teint, naturel; on dirait un homme endormi. C'est ce qui a lieu quand la mort arrive rapidement, dans un local petit, là ou il n'y a ni lutte, ni grande douleur suprême.

Dans d'autres cas, on se trouve en présence d'un double suicide. En entrant dans la chambre, on aperçoit un homme et une femme enlacés dans les bras l'un de l'autre. C'est un roman. Il s'agit de deux amants à qui on a refusé le mariage. Dans un rendez-vous suprême ils ont juré de mourir ensemble et le réchaud fatal a été allumé. Il est émouvant de considérer ces deux morts qu'un amour chaste, comme le démontre l'autopsie ultérieure, a réunis dans une dernière étreinte.

(*La suite prochainement*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Révision de la législation médicale.

DEUXIÈME PARTIE: QUATRIÈME LETTRE (1).

Nécessité de la révision de la législation de l'an XI.

Nous avons dû interrompre notre démonstration pour examiner quelle était, en réalité, la situation du corps médical au milieu des conditions diverses où il peut se trouver suivant les régions où on le considère. Nous croyons avoir montré que les conditions plus ou moins fâcheuses que nous avons signalées se trouvaient partiellement compensées par des conditions plus favorables, de sorte que, sauf pour les situations extrêmes, leur influence était, sinon négligeable, du moins peu marquée. Nous allons voir maintenant quelle action pourrait avoir une législation mieux comprise.

Le premier point qui nous arrête est sans contredit l'exercice illégal.

Nous savons que, dans le corps médical, il existe à cet endroit des divergences d'opinion; les uns veulent qu'on ferme les yeux et considèrent l'exercice illégal comme capable plutôt de rehausser la valeur du diplôme aux yeux du public:

A l'œuvre on connaît l'artisan.

Les autres, plus nombreux, pensent, au contraire, que l'exercice illégal est aussi funeste aux intérêts du public qu'à ceux du médecin et disent, non sans raison, que la loi, *par cela seul qu'elle est la loi*, doit être respectée, que le ministère public manque à ses devoirs en ne poursuivant pas les délinquants, et que, par sa tolérance pour les charlatans et les empiriques, l'Etat se constitue en véritable faillite vis-à-vis du corps médical.

Mais quelles pertes réelles les médecins ont-ils à supporter du fait de l'exercice illégal?

Consultons nos documents, nous trouvons que la perte moyenne est, pour chaque médecin, par année:

Dans la région	Nord,	de 1750 fr.
—	Nord-Ouest,	de 2000 —
—	Centre,	de 1500 —
—	Est,	de 1575 —
—	Sud-Est,	de 1200 —
—	Sud-Ouest,	de 900 —

et pour l'ensemble de la France de 1575 fr. Ce sont là des sommes considérables et qui suffisent à expliquer l'ardeur que mettent les intéressés à réclamer de l'Etat la répression de l'exercice illégal.

Qu'on ajoute au chiffre des recettes de chaque médecin la somme que lui fait perdre l'exercice illégal de la médecine, sa situation pécuniaire sera sensiblement modifiée, et tel qui déclare, en l'état actuel, ne pouvoir vivre de sa profession, sera peut-être en mesure de faire quelques économies, de contracter une assurance qui le garantira, lui ou les siens, de la misère, si l'exercice de sa profession lui devient impossible!

Non, il n'est pas permis de fermer les yeux sur une plaie semblable: c'est elle qu'il faut combattre tout d'abord, puisque du fait de sa seule disparition peut résulter une amélioration considérable de notre position.

L'Etat d'ailleurs, nous le montrerons plus tard, repousse, d'une manière absolue, la liberté de l'exercice de la médecine; il n'entend accorder le droit d'exercer qu'à ceux qui lui auront donné des garanties suffisantes; — nous avons donc mille fois raison de lui rappeler les engagements qu'il a contractés vis-à-vis de nous, et de le mettre en demeure de les exécuter.

La loi actuelle, tous le reconnaissent, est insuffisante: mal conçue, elle fourmille d'hérésies juridiques, et finalement laisse l'Etat désarmé. —

(1) Voir *Concours médical*, nos 26, 27 et 28

Même, appliquée avec toute la rigueur voulue elle est incapable d'atteindre efficacement l'exercice illégal.

Est-il donc téméraire d'avancer que sa révision s'impose comme une nécessité absolue ?

Cette même loi de ventôse consacre contre les médecins français une iniquité révoltante : elle donne à l'Etat, parfaitement incompétent, le droit d'accorder au médecin étranger, non diplômé en France, le pouvoir d'exercer aux mêmes conditions que les médecins nationaux. Nous avons, à plusieurs reprises, protesté contre un droit semblable, déclarant n'admettre son usage que dans les pays frontières où des conventions diplomatiques assureraient le principe de la réciprocité. Nous apprenons que, même dans ce cas spécial, les intérêts réels des médecins français sont sacrifiés. Ne sommes-nous pas fondés à déclarer que la révision de cet article de loi est encore indispensable ?

Nous avons vu, dans la dernière lettre, quelles sommes considérables perdait chaque année le médecin. Nous savons bien qu'il est impossible de supprimer entièrement ces pertes d'argent ; mais nous savons, non moins bien, qu'elles pourraient être diminuées d'une manière très sensible.

Que vis-à-vis des malheureux, on remanie le système d'assistance publique, qu'on étende ses bienfaits à toutes les communes ; que, d'autre part, vis-à-vis des clients de mauvaise foi, on étende le délai de prescription des honoraires du médecin: on atteindra facilement le but que nous poursuivons ! Et qui souffrira de ces réformes ? Qui, au contraire, n'y trouvera profit ?

Quand une mesure ne présente que des avantages, quand elle ne nécessite aucun sacrifice d'aucune sorte de la part de personne, nous croyons pouvoir dire qu'elle s'impose.

Nous pourrions multiplier les exemples, ce n'est certes pas la matière qui nous ferait défaut ; mais c'est à nos confrères que nous nous adressons en ce moment et nul besoin n'est de prolonger une démonstration admise, proclamée même, par tous à l'avance.

Donc, nécessité de la révision pour l'Etat, nécessité de la révision pour le Corps médical.

Mais quelle doit être cette révision; dans quel esprit doit-elle être conduite ?

Nous l'avons déjà dit, il s'agit là d'une œuvre d'ensemble dont toutes les parties sont plus ou moins étroitement liées l'une à l'autre ; il n'y a donc d'utile et de possible qu'une codification de la médecine envisagée dans ses rapports avec la Société, dans ses éléments d'enseignement et d'exercice.

Nous sommes heureux de savoir cette manière de voir partagée par nos confrères de l'*Union médicale :*

Le malheur est qu'au lieu de chercher à coordonner tous ces éléments nombreux et divers (1), chacun de nos prétendus réformateurs tire à lui la couverture, s'empare d'un petit coin de ce vaste domaine, sans s'inquiéter des rapports avec l'ensemble, propose et fait passer les projets les moins en harmonie avec le tout ; de sorte que, si l'on n'y prend garde, dans quelques années, notre malheureuse affaire d'une reorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine deviendra un dédale inextricable où tous les pelotons de fil d'Ariane seront impuissants à diriger l'explorateur.

On comprendra qu'avec ces idées nous restions indifférents et froids aux tentatives qui se produisent ici ou là, parce que tout cela, à notre avis, ne fait que retarder l'avènement que nous rêvons, parce que tout cela est sans lien, sans cohésion et sans logique.

Ce sont là de sages paroles qu'il convient de méditer attentivement. Oui, nous devons nous défier de tous ces projets isolés qui n'ont entre eux aucune connexité, qui soulèvent presque toujours de l'opposition, même parmi les intéressés, et qui, presque fatalement, sont voués à un échec final.

On nous accusera peut-être de prendre la question par ses petits côtés, nous n'hésitons pas cependant à donner entièrement notre opinion : chaque réforme, prise isolément, améliore sans aucun doute la situation de quelques-uns d'entre nous ; mais elle atteint aussi l'intérêt particulier de quelques autres privilégiés, et, comme on ne renonce que difficilement aux privilèges dont on jouit, ces derniers n'ont pas assez d'anathèmes à lancer contre le projet nouveau.

C'est ainsi que l'état de choses existant a pu se perpétuer avec l'assentiment apparent du corps médical qui pourtant souffre de l'ensemble de la législation ; c'est ainsi que, pour repousser les diverses réformes, on a pu dire de chacune: « qu'elle ne répondait pas à un besoin véritable, puisqu'elle comptait autant d'adversaires que de partisans. »

On ne fera disparaître ces oppositions partielles, que lorsqu'on entamera la discussion d'un projet d'ensemble où telle mesure, jugée défavorable par tel ou tel, disparaîtra au milieu des avantages qu'apportera l'ensemble. — Si seule, une question est en jeu, les privilégiés la repoussent bien haut ; si, au contraire, toutes les questions sont abordées simultanément, chacun de nous, faisant la somme des avantages, et la trouvant supérieure aux inconvénients, appuiera résolûment la tentative de réformes.

Nul ne peut prétendre trouver un projet entièrement à sa convenance ; mais ce que tous ont le droit de demander, c'est que la législation nouvelle modifie favorablement leur situation.

Que nos confrères admettent donc volontiers, jusqu'à la fin de notre étude, tout au moins les projets que successivement nous ferons passer sous leurs yeux ; ils pourront se convaincre que, réunis, ils présentent pour eux des avantages, et ils auront d'ailleurs la faculté de soutenir leur opinion particulière.

Mais nous les adjurons, si quelque point spécial semble aller à l'encontre de leur intérêt particulier, de n'en point profiter pour incriminer l'œuvre entière.

Nous n'avons, nous l'avons dit et redit, aucun intérêt particulier à défendre, nous ne nous constituons les champions d'aucune doctrine : notre rôle

(1) Notre confrère fait allusion aux questions d'enseignement, d'hygiène, de médecine légale, d'assistance publique, etc., etc.

se borne à rapprocher les unes des autres les diverses communications que nous avons reçues, et à présenter, sous leurs faces différentes, les projets qui nous ont été soumis.

Le *Concours* ne poursuit qu'un but : l'amélioration du sort des médecins, et, s'il se laisse aller à montrer une sympathie particulière, ce serait plutôt en faveur des déshérités de la profession.

Dr A. Gassot, de Chevilly.

II

MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

QUATRIÈME LETTRE (1)

L'enquête est terminée et la question suffisamment éclairée. Quelle doit être la solution ? Faut-il, comme le proposent plusieurs confrères, dire aux sociétés de se désintéresser entièrement de la question médicale, en accordant aux sociétaires malades une indemnité plus forte qui leur permette de se faire traiter à leur guise et à leurs frais ? Je crois que cette solution, toute libérale qu'elle puisse être, manque entièrement le but de l'institution qui a pour principal mobile les soins médicaux et pharmaceutiques. Aussi il me semble que l'intérêt bien compris des deux partics, médecins et sociétés, consiste surtout à s'entendre et à faire un contrat sérieux et équitable.

Je l'ai déjà dit et je le répète : les médecins doivent accorder aux sociétés le *tarif minimum* appliqué dans toute la France. Quel est donc ce tarif et comment doit-il être compris ? Sans vouloir imposer des règles absolues et en tenant compte des résultats de l'enquête, je crois être dans le vrai en disant que le prix de la visite sur les lieux et de la consultation est aujourd'hui uniformément de *deux francs au minimum*. Quant au prix des opérations, depuis la plus simple jusqu'à la plus sérieuse, il me parait osciller entre *trois francs* et *cent cinquante francs*.

C'est d'après ces bases, et en tenant compte d'une foule de questions de détail, que je me propose d'établir un contrat avec les Sociétés de secours mutuels.

Quant aux distances à parcourir il me semble équitable de les tarifer, à partir du premier kilomètre, à un franc par kilomètre (le prix de la visite en plus).

En arrivant à dix kilomètres, et pour empêcher l'empiètement des circonscriptions médicales les unes sur les autres, je dirai : *un franc cinquante* par kilomètre. Toutefois je comprends que, dans cette évaluation des distances, on doit tenir compte de la difficulté des voies de communication.

Voici, selon moi, les règles qui devraient être adoptées dans les Sociétés de secours mutuels, pour le service médical proprement dit :

1. Dans toute Société, les soins du médecin ne seront *dus* qu'au titulaire, c'est-à-dire au sociétaire seulement.

2. Toutefois il sera facultatif aux Sociétés de procurer ses soins aux membres de la famille qu leur paraîtront dignes d'intérêt. (Cette faculté ne constituera nullement un droit).

3. Liberté absolue du choix des médecins par le malade dans la localité ou dans un rayon déterminé.

4. Paiement des honoraires à la visite ou par abonnement, au choix des Sociétés.

5. Le prix des visites ou consultations ne pourra être inférieur à deux francs (dans un rayon d'un kilomètre).

6. Le tarif à l'abonnement sera de *quatre francs*, par tête ou par *sociétaire*, résidant dans la localité, ou dans un rayon d'un kilomètre au plus (opérations non comprises).

7. Les visites en consultation, les petites et grandes opérations seront comptées en sus de la visite simple, et pourront être tarifiées depuis *trois francs* jusqu'à *cent cinquante francs*, selon leur importance.

8. Chaque sociétaire sera muni d'un livret ou *carnet médical* sur lequel le médecin inscrira : *a* ses visites, *b* ses prescriptions pharmaceutiques, *c* ses observations sur la nature et le caractère de la maladie.

9. La présentation de ce carnet servira *de titre* pour avoir droit à la visite ou à la consultation du médecin.

10. Il sera loisible au médecin désigné de faire au malade les visites qu'il jugera convenables et nécessaires (sous le contrôle du bureau de la Société).

11. Toutefois ces visites ne pourront excéder deux par jour dans une maladie aiguë (et dans la localité même) et une tous les deux jours dans une affection de nature chronique.

12. Toute visite *supplémentaire* demandée par la famille ou le malade devra être payée *immédiatement* pour éviter toute discussion.

13. Toute visite pour un membre de la famille du sociétaire ne sera faite (*au nom de la société*) que sur la présentation d'un bon de visite signé d'un des membres du bureau et du président.

14. Les visites à la campagne ne devront être faites que sur la présentation d'un bon de visite, à moins que la Société n'autorise l'usage du carnet.

15. Les médecins seront convoqués deux fois par an, fin juin et fin décembre, pour assister aux réunions des membres du bureau et toucher leurs honoraires.

16. En dehors de ces réunions, les médecins ne seront tenus à aucun acte de présence aux délibérations du bureau des Sociétés.

17. En cas d'absence ou d'impossibilité quelconque, le médecin qui a un certain nombre d'abonnés, devra se faire suppléer par un collègue auprès de ses malades.

18. Quand un sociétaire appartiendra à deux Sociétés, le médecin appelé ne pourra réclamer ses honoraires qu'à une des deux Sociétés seulement.

19. Toute constatation d'incapacité de travail ou toute inspection médicale (au point de vue administratif), devra être tarifée comme la visite.

20. Toute personne malade, présentant un bon

(1) Voir *Conc. méd.*, nos 15, 21, 25.

de visite d'une Société de secours mutuels, ou simplement la garantie pécuniaire de cette Société, pourra être traitée dans les mêmes conditions que les membres de cette Société.

21. Dans une *visite en consultation demandée par le malade ou la famille*, les honoraires du médecin ordinaire seront à la charge de la Société, mais ceux des consultants me semblent devoir être payés par le malade ou la famille.

22. Pour faire acte d'adhésion aux statuts ou réglements médicaux d'une Société de secours mutuels, il suffira aux médecins qui désireront faire le service médical, de se faire inscrire comme membres honoraires.

23. Pour encourager et faciliter le développement et la prospérité des Sociétés de secours mutuels, aussi bien que pour cimenter leur alliance avec les médecins, il pourra être fait une réduction de dix à quinze pour cent sur la somme des honoraires distribués chaque année.

24. Les médicaments, prescrits au compte des Sociétés, devront être, autant que possible, choisis dans les médicaments désignés au codex et formulés.

25. Les spécialités pharmaceutiques devront être généralement écartées, à moins de conventions et stipulations particulières entre les médecins et les membres du bureau.

26. Aucune ordonnance *ancienne* ne pourra être remplie, et aucun remède ne pourra être distribué aux sociétaires, sans l'autorisation et la consultation d'un médecin.

27. Les bureaux des Sociétés sont chargés intérieurement de la police administrative, et les médecins ne doivent intervenir dans cette question qu'à titre officieux et comme conciliateurs, quand ils seront consultés à ce sujet.

28. Toute modification aux règlements ne pourra être faite que par les bureaux des Sociétés et et les médecins réunis ou leur délégué.

29. Les conditions du service médical devront être identiques dans toute la circonscription médicale, réunie en Syndicat ou en Société d'intérêt professionnel.

30. Tous les médecins réunis *en associations* ou *en syndicat* prendront l'engagement d'honneur de se conformer aux décisions prises en commun, vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels de leur région.

Ces règlements plus ou moins modifiés, selon les lieux et les circonstances, pourraient servir de base sérieuse dans la clientèle ouvrière et vis-à-vis des compagnies d'assurance ou des bureaux de bienfaisance. Du reste, l'application de règles uniformes est beaucoup plus facile vis-à-vis des *collectivités*, quelles qu'elles soient, que vis-à-vis des particuliers pour lesquels une foule de considérations peuvent être invoquées afin d'excuser certaines défaillances. La chose essentielle et principale, c'est l'entente entre médecins qui amènera, comme conséquence inévitable, l'entente avec les Sociétés. Que ce mot d'entente ne soit pas interprété d'une manière fâcheuse par certaines presses toujours disposées à pousser un cri d'alarme: il ne s'agit ici nullement de grève, mais d'une question d'ordre et de défense d'une profession qui a donné assez de preuves de désintéressement et de dévouement pour que ses revendications, trop légitimes, ne soient pas taxées d'exagération.

Avant d'en finir, je tiens à défendre un détail d'organisation ou de réglementation que j'ai signalé à l'article 8, c'est la création *des carnets médicaux* dans les Sociétés de secours mutuels, aussi bien dans l'intérêt des Sociétés auxquelles elles offriront un livre de contrôle toujours ouvert, que pour rafraîchir la mémoire des médecins qui trouveront là des renseignements précieux et toujours utiles.

Encore une fois, je fais appel à l'union et à l'entente de tous mes confrères et je leur dis : « Cessez de critiquer les Sociétés de secours mu- « tuels qui peuvent vous assurer sinon l'aisance, « du moins le pain quotidien. Cherchez à vous « faire estimer et respecter, non pas en avilissant « les salaires, mais bien en les établissant dans « des limites sérieuses et équitables. Pour arriver « à ce résultat, comptez surtout *sur l'action col- « lective ;* répudiez toutes les petites manœuvres « individuelles et égoïstes qui ne peuvent vous « procurer de succès durable et jettent de la dé- « considération sur le corps auquel vous apparte- « nez. » Docteur BÉRAUD, *de Charlieu (Loire)*.

COURRIER

Tétanos avec lésions de méningite à l'autopsie.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous serais obligé, si vous y voyez quelque intérêt, d'insérer dans un des prochains numéros du *Concours médical* la relation suivante d'un cas de tétanos avec lésions de méningite à l'autopsie.

Je fus appelé, le 24 mars de cette année, auprès d'un homme de la campagne, de trente et quelques années, qui, depuis la veille, était pris de trismus, de raideur à la nuque avec crises d'opisthotonos et sensation de constriction à la base du thorax, le tout avec fièvre et sueurs, mais sans céphalalgie, ni délire, ni secousses convulsives des membres.

Les parents de ce jeune homme me dirent que, dix jours avant le début des accidents, il avait, dans une rixe, reçu un croc-en-jambe qui l'avait renversé sur le dos : la tête ayant porté sur un caillou, il s'y était fait une plaie qui saigna beaucoup, mais marcha vers une prompte guérison.

Je vis, en effet, une croûte résistante, sèche, sur le cuir chevelu, en un point correspondant à l'union des deux pariétaux avec l'occipital. On ajouta que, dans l'intervalle des dix jours compris entre la chute et les premiers accidents, le blessé ne se plaignit pas et travailla même aux champs. Je ne doutai pas que je fusse en présence d'un cas de tétanos, bien que cette complication soit plus rare à la suite des plaies de tête que de celles des extrémités. La maladie fut de courte durée; le malade succomba le 27 mars, vers six heures du

matin, quatre jours après le début. J'avais employé en vain les inhalations de chloroforme et le chloral à haute dose. La terminaison se fit par asphyxie.

Le 28 mars, un de mes confrères et moi, nous fûmes requis par le juge d'instruction pour faire l'autopsie du cadavre. Nous trouvâmes des lésions de méningite : injection vive de la pie-mère, épaissie en certains points limités où elle adhérait au cerveau sur sa convexité : épanchement d'un liquide citrin dans les ventricules latéraux, environ deux grandes cuillerées. La pie-mère rachidienne était également injectée, mais moins vivement et sans épaississement ni adhérence à la moelle.

La plaie du cuir chevelu était simple; aucun corps étranger dans cette plaie. Pas de fracture ni de fêlure, au moins apparente, du crâne. Pas de décollement de la dure-mère sur le point du crâne qui a subi le choc. L'autopsie nous révéla donc de la méningite, alors que, du vivant du blessé, j'avais observé les symptômes non équivoques du tétanos, sans la céphalalgie, ni le délire, ni le coma, ni les convulsions des membres, inséparables d'une méningite cérébrale.

Comment interpréter ce désaccord entre les données nécropsiques et les phénomènes observés pendant la vie? Faut-il admettre une méningite à forme tétanique, ou bien les deux maladies coexistaient-elles? Mais, je le répète, je n'avais pas observé un seul des signes probants de la méningite (céphalalgie intense, délire, etc.), tandis que le tétanos se montrait dans toute son évidence (trismus, opisthotonos, asphyxie par contracture du diaphragme et des muscles inspirateurs). Enfin, le sujet n'était nullement tuberculeux mais plutôt de complexion robuste. Je dois dire, en terminant, que ce défaut de relation entre les lésions notées après la mort et les symptômes observés pendant la vie a influé sur la conclusion de notre rapport médico-légal qui n'a vu dans le coup et dans la blessure qui en est résultée qu'une cause occasionnelle des accidents subséquents.

Veuillez agréer, etc.

D[r] A. Nouët, de Redon (*Ille-et-Vilaine*).
Membre du Concours médical.

II

La syphilis à la campagne.

On s'imagine généralement avec trop de facilité que les grandes villes possèdent le monopole de la syphilis. — Pour être impartial, il faut reconnaître que les grands centres semblent, en effet, très friands de ce caméléon médical. Mais il y a loin, bien loin de là à admettre la non-existence du monstre dans nos campagnes.

J'ajouterai même que dans les petites localités le virus syphilitique, lorsqu'il se montre, produit des dégâts d'autant plus graves, qu'il est plus discret et moins soupçonné des médecins. Je recommande donc les lignes suivantes aux confrères qui, comme moi, exercent à la campagne.

I. — L'été dernier, au mois de juin, je fus appelé près de la femme C..., âgée de soixante ou soixante-cinq ans, demeurant à Gien, laquelle venait, disait-on, de *tomber en paralysie*. — Je me rends immédiatement auprès de la malade que je trouvai sans parole et atteinte d'hémiplégie.

L'examen de la poitrine et des bras me révéla des taches d'une coloration suspecte.

En poursuivant mes investigations, je remarquai sur les jambes deux ou trois plaques squammeuses dont l'origine me parut être syphilitique. Sans hésiter, je prescrivis l'iodure de potassium qui, au bout de quelques jours, amena la disparition des accidents.

II. — Le nommé G..., âgé de quarante-cinq ans environ, employé d'une administration, m'avait consulté plusieurs fois pour une névralgie faciale rebelle. — De son plein gré, le malade s'était déjà fait extraire plusieurs dents qu'il soupçonnait être la cause du mal. — Je pris pitié de cette mâchoire, et je cherchai ailleurs l'origine du mal.

Malgré la médication très variée qui fut employée pour lutter contre l'affection, je n'obtins aucun résultat favorable. Je rencontrais souvent le malade, que les exigences de son service obligeaient continuellement à marcher.

De jour en jour je remarquais que la marche de cet homme devenait de plus en plus hésitante, et que sa prononciation s'embarrassait davantage.

Bref, son état s'aggrava à tel point qu'il fut obligé de demander un congé et de garder le lit.

C'est alors que je soupçonnai la syphilis. — Un confrère fut appelé en consultation : il partagea mes soupçons, et à force de questions, le malade fit disparaître nos incertitudes.

L'iodure de potassium fut prescrit à la dose de 5 à 10 grammes par jour. Après une semaine de traitement, une amélioration notable se fit sentir et deux mois après le début du traitement, G... reprenait son service.

III. — Au mois de novembre 1880 je fus appelé près du nommé C..., âgé de vingt-six ans, cultivateur, demeurant à quelques kilomètres de Gien. J'appris que cet homme était souffrant depuis longtemps. — Un de mes confrères avait été appelé auparavant à lui donner des soins. Sa médication avait consisté en purgatifs, vomitifs, sulfate de quinine, vin de quinium. — Malgré tout, l'état s'aggravait de plus en plus.

Au moment où je vis le malade, il portait à la région épigastrique un vésicatoire, et prenait la potion de Rivière. Je ne constatai point de fièvre, mais une lenteur remarquable du pouls, et des vomissements réitérés. En même temps céphalalgie opiniâtre.

Aucune trace de hernie; de plus, il y avait eu des selles, je ne m'arrêtai donc pas à l'idée d'un étranglement interne et je songeai à une tumeur intra-crânienne : je souhaitais que l'origine de cette tumeur fût syphilitique. A mon avis c'était pour le malade la seule planche de salut.

J'administrai une potion à l'iodure de potassium, qui provoqua de nouveaux vomissements.

Je me décidai alors, à ordonner des frictions mercurielles à la nuque; dans les aines, et sous les aisselles des frictions avec une pommade à l'iodure

de potassium. Ces frictions étaient pratiquées qnatre ou cinq fois par jour,

Le traitement dura deux mois : aujourd'hui le malade se porte très-bien et peut se livrer aux travaux pén bles de la campagne.

Réflexions. — 1° Les accidents dus à la syphilis cérébrale sont, à la campagne, plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire.

2o Les maladies avec lesquelles il est le plus facile de les confondre sont : la méningite, les hémiplégies simples, les névralgies et certaines formes de fièvres pernicieuses.

3° Le diagnostic de l'affection est, dans l'espèce, d'autant plus difficile à établir que les préjugés empêchent nos braves campagnards d'ouvrir leur cœur au médecin.

4° Le traitement par l'iodure de potassium administré à la dose de 6 a 10 grammes par jour, en même temps que le mercure, réussit d'une façon réellement merveilleuse. — C'est du reste, d'après les leçons du professeur Fournier, que j'ai appliqué ce traitement. Dr Brucy, *de Gien.*

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS

Des lésions anatomiques du tube digestif par les poisons corrosifs, par le Dr Lesser, de Berlin *(Archives de Virchow)*.

Les auteurs de traites de médecine légale ne s'accordent que dans les points principaux de la toxicologie et de l'anatomie pathologique des poisons corrosifs quand il s'agit de decrire les desordres du tube digestif. Ce fait a amené M. Lesser à faire une série d'experieuces dont il expose en peu de mots les resultats, en même temps que ceux des autopsies qu'il a pratiquées apres ce genre d'empoisonnement.

1. — Empoisonnement par l'acide sulfurique.

C'est une erreur de croire que les désordres les plus graves soient toujours dans l'estomac ; les lesions sont plus fortes dans le tube intestinal et dans l'œsophage. Les corrosifs ont encore plus d'action sur le peritoine et sur le tissu du foie : aussi, après la perforation de l'estomac, sont-ils toujours fortement eudommagés, alors que l'etat de l'intestin grêle permet à peine un diagnostic serieux ; fait tres important pour le medecin légiste Une cauterisation effective par l'acide sulfurique ne produit ni une coloration noire, ni un changement de volume de la paroi stomacale. La muqueuse devient d'un gris blanc opaque, plus ferme qu'à l'etat normal, mais en même temps elle se dechire avec une tres grande facilité. La forme et la structure des epitheliums paraissent conservés. Le tissu interstitiel est trouble, la couche sous-muqueuse, la musculaire, celle qui est en rapport avec le peritoine et le peritoine lui-même, offre des changements analogues dans les parties corrodees ; là aussi, on observe exclusivement un changement total de couleur et la conservation de la forme des elémeuts constitutifs. Avec les acides dilués, on ne trouve que des lésions inflammatoires. Les points frappés de destruction sont quelquefois infiltres de sang et se colorent en brun ou eu noir. Un autre effet de l'acide est l'augmentation de consistance de la partie. Il se produit alors une raideur et une coagulation qui, après quelque temps, amènent une diminution de consistance : à la place de l'induration, il y a ramollissement.

Mais ici également les globules de sang, les fibres musculaires, les vaisseaux et les cellules glandulaires sont conservés dans leur forme, les globules sanguius sont plus ou moins colorés. Les auteurs ne signalent nulle part que l'épaisseur réelle de la muqueuse est partout moindre qu'à l'etat normal, malgré l'epaississement de la paroi stomacale, et que, dans le centre des parties directement touchées par l'acide, la muqueuse fait complètement défaut. Il semble de même que la couche sous-muqueuse est completement perdue et que presque toujours, le tissu musculaire paraît à nu, trouble, brillant, et d'une couleur verdâtre ; par conséquent, dans ces endroits, l'épaisseur vraie de la paroi est diminuée. L'aspect bosselé, non signalé jusqu'ici, des parties brûlées s'explique par la marche irreguliere de la fonte des tissus. Il est certain qu'une perforation se produit plus facilement aux endroits où il y a dejà perte : elle n'y est cependant pas liée. Tous ces désordres se produisent pendant la vie. Le ramollissement des parties cautérisees ou enflammées continue apres la mort ; cependant les déchirures et les brûlures des autres viscères abdominaux ne sont pas exclusivement des lesions cadavériques. Une plus longue application d'acide produit la fusion des cloisons cellulaires, des globules sanguins et des cellules glandulaires. Il se produit des colorations intenses vers l'interieur de l'estomac ; les parties œdématiées de la sous-muqueuse et des couches profondes sont troublées. Malgré l'opinion des auteurs, M. Lesser est d'avis que les désordres de l'intestin grêle sont relativement fréquents, mais discontinus. La destruction des tissus par l'acide sulfurique dans l'œsophage, le pharynx et la bouche, ne constituent pas non plus, comme le disent les auteurs, un bouleversement et une fusion complète; mais il apparaît d'abord un obscurcissement dans les différentes couches des tissus et des couches epitheliales de la peau, trouble qui fait bientôt place à une tuméfaction anormale pénétrant plus ou moins profondément. Quelque temps après la corrosion, les cellules du reseau de Malpighi se colorent en brun, phénomène connu depuis longtemps et qu'explique la teinte des endroits de la peau qui ont été touches. Les médecins légistes et les anatomistes croient que les lésions du tube digestif suffisent pour amener la mort et que la dilution de l'acide diminue sensiblement son effet. C'est une erreur : l'acide tue par sa combinaison avec les bases du sang. Dans le traitement de ces empoisonnements, l'auteur croit qu'il est indiqué d'apporter à l'organisme un supplement de ces bases qui se sont enlevees, au lieu de se borner, pour combattre et diminuer les accidents, à la neutralisation et à l'elimination du contenu de l'estomac.

2. — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique.

Les expériences de M. Lesser confirment cette opinion de la plupart des auteurs, que les effets de l'acide chlorhydrique ne diffèrent pas beaucoup de ceux de l'acide sulfurique. Il ne partage pas l'opinion de Tardieu qui pretend que les taches formées autour des lèvres et de la bouche par l'acide chlorhydrique ont un aspect particulier qui permet de les distinguer de celles qui sont faites par les acides sulfurique ou azotique. L'auteur serait plutôt de l'avis d'Husemann, qui dit que c'est précisement sur le manque de brûlures que l'on peut s'appuyer pour faire un diagnostic différentiel entre l'empoisonnement chlor-

hydrique ou par l'acide sulfurique, si toutefois ce signe n'est pas pathognomique.

3. — Empoisonnement par l'acide azotique.

Les descriptions des désordres produits par cet acide ont le même défaut que celles qui ont été faites à propos de l'acide sulfurique. On est généralement de l'avis que les effets de l'acide azotique paraissent les mêmes dans tous les cas. On trouve partout que les parties touchées sont colorées en jaune orange, ou rouge brique, et que les mêmes phénomènes s'y produisent qu'avec l'acide sulfurique. Cette opinion est erronée. La couleur jaune n'appparaît que dans les endroits touchés par l'acide azotique très concentré. On trouve toujours des parties corrodées dans la partie la plus eloignée de l'intestin, et aussi loin qu'elles sont brûlées, d'une couleur lilas, gris sale, ou grise ; à ces corrosions, et en remontant vers l'estomac, il s'en ajoute d'autres qui présentent la même couleur dans les couches inferieures ; tandis que dans les couches supérieures il s'est produit en quantités très appréciables de l'acide xanthoprotéique. L'estomac, le commencement de l'intestin, l'œsophage peuvent cependant être colorés en jaune dans toute l'epaisseur de leurs parois. Ce phénomène a une grande portée au point de vue du diagnostic. La coloration jaune des corrosions n'est pas exclusive à l'acide azotique; l'acide chromique, le chlorure ferrique, etc., donnent la même couleur aux parties corrodées. Il est donc important de savoir qu'avec ces dernières substances la coloration jaune s'arrête avec la corrosion et que chaque partie touchée porte la couleur de la substance employée Lorsque c'est une solution d'acide azotique à 10 ou 15 p. 0/0 qui a servi à l'empoisonnement, il se produit, dans le tissu interstitiel de la muqueuse stomacale, et dans les parties directement touchées, des phénomènes inflammatoires (infiltrations hémorrhagiques et œdémateuses). Les parties de l'estomac frappées d'infiltrations hémorrhagiques sont détruites peu de temps après la digestion.

4. — Empoisonnement par l'acide oxalique.

Le tableau de l'intoxication par une quantité considérable d'acide oxalique concentré est très caractéristique, malgré l'opinion contraire de beaucoup d'auteurs. Comme après l'ingestion d'acides minéraux dilués, les désordres de l'estomac sont beaucoup moindres que ceux de l'œsophage et du duodénum; ensuite il se forme toujours dans l'estomac, dans l'intestin et dans les reins, des cristaux d'oxalate calcique. Les corrosions de l'œsophage et de l'intestin sont blanches ou d'un gris sale ; rarement les matières colorantes de la bile les colorent en jaune et l'hématine en brun. La lésion ne s'étend guère au-delà de la sous-muqueuse. Contrairement aux troubles des tissus du commencement de l'œsophage et de l'intestin, les couches profondes de l'estomac présentent une transparence anormale. Malgre les propriétés amollissantes et décolorantes de l'acide oxalique, les perforations de l'estomac ne sont pas nombreuses; il faut les considérer comme des accidents consécutifs à la mort. Ici aussi, l'obscurcissement des tissus précède leur tuméfaction. De même que les acides minéraux, l'acide oxalique a la propriété de coaguler le sang. Lui seul détermine, dans l'intérieur des vaisseaux, l'apparition de petits cylindres noirâtres et la formation de cristaux rhomboïdaux d'oxalate calcique. On trouve également de ces cristaux dans les tubes urinifères et dans l'urine, mais non dans le glomérule.

5. — Empoisonnement par les bases.

Le total des intoxications produites par les bases est beaucoup moindre que celui des acides. Les experiences de M. Lesser prouvent qu'une diminution de consistance des parties brûlées n'est pas du tout un signe pathognomonique et constant de cet empoisonnement; il en est de même de l'augmentation de transpareuce des escharres, malgré ce qu'en disent les auteurs. Après l'introduction, dans le tractus intestinal, de soude, de potasse ou de carbonate potassique, il ne se produit les mêmes phenomènes sur les parties touchees qu'apres l'application d'acide sulfurique ou oxalique. Quand la base est assez concentrée pour cautériser, il survient sur la muqueuse de la bouche, du pharynx, de l'estomac et de l'intestin, et dans les couches plus profondes de l'estomac, une coloration blanchâtre plus ou moins pure, mais bien manifeste. Cette opacité, quand elle s'étend assez loin, est toujours suivie d'une augmentation de consistance. Au microscope, il n'est pas possible de différencier les parties mortifiées par les bases de celles qui le sont par les acides ; dans les deux cas, les formes des elements sont conservees et elles diminuent de la même façon. La susceptibilité particulière des différentes portions du tube digestif est la même pour ces deux sortes d'agents : d'abord l'intestin, puis l'estomac, ensuite l'œsophage. Pourtant un diagnostic différentiel serait possible au point de vue anatomique. Les lésions de l'intérieur de l'estomac ne se comportent pas de même dans les deux cas. L augmentation de consistance produite par les bases n'est pas suivie, comme avec les acides, d'une plus grande friabilité des tissus. Les parties mortifiées se montreat dans leur intégrité, il n'y a jamais perte de substances. Un autre signe est la couleur rouge brun des parties corrodees et de celles qui sont infiltrées de sang. Ce qui précède s'applique aux effets du cyanure potassique.

6. — Empoisonnements par le chlorure mercurique, l'acide phénique et l'arsenic.

Les lésions du tube digestif produites par ces substances ne se distinguent guère de celles faites par les acides ou les bases. Ici, comme plus haut, obscurcissement des parties mortifiées, infiltration fibrineuse, séreuse ou hémorrhagique des tissus environnants ; la différence consiste seulement dans la façon dont les progrès de la cautérisation sont liés ensemble. Après l'ingestion d'acides ou de bases d'une concentration faible ou moyenne, les phénomènes inflammatoires et l'infiltration hémorrhagique de l'estomac dominent toute la scène. Les corrosions faites par imbibition, sont entrées dans une période de régression, quand elles peuvent encore être observées. Dans les empoisonnements par l'acide phénique ou le bichlorure, on remarque le contraire. L'effet des corrosions, qui se présentent à l'œil de l'observateur avec une coloration blanche, opaque, brillante, n'est pas atténué par les tons très intenses des parties voisines. Les points hémorrhagiques sont faibles et dilués sur leurs bords. Les parties corrodées ont augmenté de consistance; M. Lesser n'a jamais observé, à leur superficie, de perte de substance, de ramollissement consécutif, ou de friabilité. Il ne peut pas établir de différence anatomique entre l'empoisonnement par l'acide phénique ou le bichlorure,

mais l'odeur permet facilement de les distinguer. Le moins caustique de tous, c'est l'arsenic (1).

Dr Fischer.

(Extrait de la *Deutsche Medizinal-Zeitung*).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA GALE

Si on voulait faire l'historique des diverses médications que l'on a employées contre la gale, et passer en revue les étapes successives de ce traitement, une conférence entière ne suffirait pas. Je ne m'arrêterai point à ce travail fastidieux. Par une suite d'essais prolongés et multiples, on a révolutionné le traitement de la gale. Autrefois il fallait plusieurs semaines et plusieurs mois pour traiter la gale. L'hôpital Saint-Louis était encombré de galeux; plusieurs salles leur étaient consacrées. Bazin, par une série d'études admirables, réduisit la durée de ce traitement à quatre jours, puis à deux jours. Après lui, M. Hardy est arrivé à la réduire à une heure et demie. Maintenant on guérit la gale en une heure et demie; aussi les galeux ne sont-ils plus admis à l'hôpital; ils sont soignés par ce qu'on appelle le traitement externe.

Ce traitement si rapide de la gale est ce qu'on nomme vulgairement *la frotte*. Il se divise en trois parties :

Première demi-heure. — Le malade, nu, absolument nu, se frotte des pieds jusqu'à la tête, ou plutôt jusqu'au cou, avec du savon noir.

Deuxième demi-heure. — Il est plongé dans un bain tiède, dans lequel il continue les frictions avec le savon noir.

Troisième demi-heure. — A la sortie du bain, il se frictionne le corps avec la *pommade sulfo-alcaline d'Helmerich*. Mais il remet ses vêtements sans s'essuyer, de façon à garder cette pommade sur le corps pendant vingt-quatre heures.

Pendant que le malade fait ses frictions et prend son bain, ses vêtements sont purifiés dans une étuve spéciale, à une température de 120°, et exposés à des vapeurs sulfureuses.

Quant à la théorie de ce traitement, les deux premiers actes, frictions avec le savon noir et bain tiède, sont destinés à ramollir l'épiderme et à ouvrir les galeries où se trouve l'insecte, de façon que, son sillon étant ouvert, l'acare soit atteint par la pommade parasiticide. Sans cette précaution, l'insecte, protégé dans son terrier, ne serait pas tué. Le troisième temps consiste dans l'application de la pommade insecticide qui tue l'animal.

Les résultats de ce traitement sont, pour le dire en un mot, excellents et vraiment merveilleux. Grâce à ce traitement, 4,000 galeux sont traités ici annuellement.

Le traitement de l'hôpital, que je viens d'exposer, est un traitement rude, dur, désagréable, qui excite violemment la peau et détermine quelquefois de véritables poussées eczémateuses.

Nous pouvons l'adoucir et le mitiger. D'abord le savon noir n'est en rien indispensable, il est irritant pour la peau. Comme il ne faut qu'une action mécanique seule, on peut le remplacer par du savon de toilette, ou de la poudre de savon, des savons parfumés pour les élégants. La pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich est trop irritante à cause de ses doses forcées; M. Hardy l'a un peu modifiée :

Axonge	100	grammes.
Soufre	16	—
Sous-carbonate de potasse	8	—

En ville on se trouvera mieux de prescrire la pommade suivante, plus douce et plus agréable :

Glycérine	200	grammes.
Gomme adragante	1	—
Fleur de soufre	100	—
Carbonate de soude	50	—

On la parfume à volonté.

On ne laisse pas non plus le malade englué de pommade pendant vingt-quatre heures après ses frictions : on lui prescrit de se replonger dans le bain, de s'essuyer et de remettre du linge frais. De même, chez lui, il doit immédiatement changer ses draps de lit et tout son linge de corps, brûler ses gants, etc.

Pendant les jours suivants, il prendra quelques bains émollients et se servira de poudre d'amidon ou de glycérolé d'amidon.

(Extrait d'une clinique du prof. Fournier, d'après la *Gaz. des Hôpitaux*).

(1) Les Allemands ne se servent pas de notre nomenclature si belle et si simple. Ils emploient des mots composés par exemple : *Salpetersaüre*, de *Salpeter*, salpêtre et *Saure*, acide, acide de salpêtre, acide azotique ou bien *Scheidewasser*, de *Scheide*, fourreau, *Wasser*, eau, eau qui sert à nettoyer les fourreaux. Sont-ce les fourreaux de sabres? Ils emploient aussi des dénominations latines.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

23 Juillet 1881 — 3me Année. — N° 30

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Dans son rapport à l'Académie sur le service de la vaccine pendant l'année 1879, M. *Hervieux* a esquissé l'histoire de la vaccination animale et des progrès qu'elle a accomplis dans les diverses parties du monde. L'éminent académicien signale le succès qu'ont obtenu maints observateurs par ce genre de vaccination ; et, quoiqu'il se borne à conclure que rien ne prouve la supériorité de l'une des deux vaccines sur l'autre, il n'en reçoit pas moins de M. *Jules Guérin* le reproche d'avoir fait un « plaidoyer fanatique en faveur de la vaccine animale. » Il est vrai que, dans cette discussion, comme dans celle qui a eu lieu dernièrement à propos de la vaccination obligatoire, M. J. Guérin ne craint pas de se faire l'écho des anti-vaccinateurs ; il va jusqu'à demander que l'on recherche si ce n'est pas « depuis l'introduction de la vaccine animale que les récidives de la variole sont plus nombreuses, et que la durée de la préservation a diminué ! »

Sans nous attarder à ces stériles discussions que nous avons eu déjà l'occasion d'exposer et d'examiner ici même, il y a peu de temps, nous ne craindrons pas de déclarer que, dans cette question, il y a, pour nous, un fait hors de doute, c'est que les vaccinations pratiquées avec le vaccin jennérien sont plus généralement suivies de succès que celles pratiquées avec le vaccin de génisse. Mais il y a loin de là à dire avec M. J. Guérin que « la vaccine animale a fait le plus grand mal à la vaccine elle-même», proposition que nous ne pouvons nullement admettre, parce qu'elle ne repose sur aucun fait, et qu'une théorie médicale qui n'est pas fondée sur l'observation n'a, à nos yeux, aucune espèce de valeur, quel que soit le mérite de celui qui nous la propose.

Pour nous, en l'absence de vaccin jennérien dont nous soyons *absolument sûr*, et, sur ce point, il n'est pas toujours facile d'acquérir une sécurité complète, nous n'hésitons pas à employer le vaccin de génisse qui nous a toujours rendu les plus grands services; nous préférons même de beaucoup ce dernier vaccin *frais* au vaccin jennérien *sec* que l'Académie met à la disposition des praticiens. Une première tentative d'inoculation a-t-elle échoué, ce qui arrive bien quelquefois, sans doute, il est fort simple d'en essayer une seconde : toute la question est de savoir se procurer du vaccin de génisse frais et de bonne qualité, et surtout de faire avec l'établissement producteur une convention qui oblige ce dernier à remplacer tout vaccin qui ne prendrait pas. Le vote de la loi sur la vaccination obligatoire développera d'ailleurs *cette industrie, et ne manquera pas de créer une* concurrence féconde en résultats utiles. Mais, on ne saurait trop le répéter, ce qui assurera toujours une grande supériorité au vaccin de génisse sur le vaccin humain, c'est qu'il ne fait courir aucune espèce de risque au sujet vacciné, et c'est là certainement un argument bien sérieux en sa faveur.

Dr *J.* GEOFFROY.

— Puisque nous avons été amené à reparler de la vaccination obligatoire, nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître la nouvelle rédaction que M. le Dr Liouville propose de donner à

son projet de loi : on verra que notre honorable confrère a tiré profit des discussions que sa proposition a soulevées. Voici ce contre-projet :

TITRE PREMIER. — VACCINATION.

Article 1er. — La vaccination est obligatoire.

Elle doit être pratiquée dans l'année qui suit la naissance.

Toutefois, en temps d'épidémie constatée par le médecin des épidémies, un arrêté préfectoral pourra, pour une localité déterminée, prescrire la vaccination de tous les non-vaccinés (enfants et adultes des deux sexes).

Le délai, dans lequel il devra être obtempéré à cette mesure de précaution générale, sera fixé par ledit arrêté.

Il n'y aura d'exception que dans le cas où un docteur médecin décidera qu'il y a lieu de retarder individuellement l'opération.

Art. 2. — Lors de la déclaration de la naissance d'un enfant, il sera remis gratuitement aux déclarants, à la mairie, et généralement à toute personne qui en fera la demande, un bulletin *de vaccination* détaché d'un livre à souche.

Sur ce bulletin, seront inscrits, par l'opérateur, la date et les résultats de la première vaccination et des revaccinations subséquentes. La signature sera dûment légalisée.

Il pourra y être suppléé par le certificat d'un docteur en médecine ou du directeur d'un institut vaccinal, attestant qu'il a constaté des traces d'une bonne vaccination.

Art. 3. — La présentation du bulletin de vaccination sera exigée à l'entrée des établissements d'instruction primaire et secondaire, ainsi qu'à l'entrée de toutes les administrations communales, départementales ou de l'Etat.

Art. 4. — Les parents, tuteurs, et généralement toute personne ayant la charge légale d'un enfant, sont astreints à faire pratiquer la vaccination dans les conditions de l'article premier.

Art. 5. — Toute personne, au domicile de laquelle se sera produit un cas de variole, sera tenue d'en faire la déclaration au maire de la commune, qui devra la transmettre, dans les 48 heures, à l'autorité administrative.

Art. 6. — Toutes infractions aux articles 1, 4 et 5 seront punies d'une amende de 1 à 5 francs.

En cas de nouvelles infractions, l'amende pourra être portée de 6 à 15 francs.

Le juge pourra, en outre, ordonner que les noms des contrevenants seront affichés à leurs frais, à la porte de la Mairie de leur commune.

TITRE II. — REVACCINATION.

Art. 7. — La revaccination sera encouragée par des primes données annuellement par les conseils d'hygiène.

En cas d'épidémie constatée, comme il est dit à l'article 1er, la revaccination pourra être déclarée obligatoire, dans une localité déterminée, par un arrêté préfectoral, pour tous les enfants des deux sexes âgés de plus de dix ans, fréquentant les écoles publiques ou libres.

Les parents de ces enfants, les directeurs de ces écoles seront, sous les peines ci-dessus déterminées, responsables de chaque infraction à cette obligation.

Le règlement du 8 mars 1875 aura force de loi à partir de la promulgation de la présente loi.

TITRE III.

Art. 8. — La vaccination et la revaccination peuvent être faites, soit avec le vaccin humain, soit avec le vaccin animal.

Elles sont pratiquées gratuitement dans les *Instituts vaccinaux*, sous la direction d'un médecin-vaccinateur.

Art. 9. — Il sera pourvu à l'exécution de la présente loi par un règlement d'administration publique qui :

Assurera le fonctionnement du service généralisé de la vaccination et de la revaccination gratuites ;

Il organisera les instituts vaccinaux régionaux, dans lesquels les deux variétés de vaccin ci-dessus indiquées seront conservées, contrôlées et distribuées gratuitement à tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes diplômées.

Le règlement déterminera les conditions de l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, ainsi que les mesures hygiéniques à prendre dans l'intérêt général.

Avis de cette organisation sera porté à la connaissance de tous par les actes administratifs publiés à la porte de la mairie de chaque commune.

DISPOSITION TRANSITOIRE

La présente loi entrera en vigueur sur tout le territoire de la République et des Colonies, dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

MEDECINE PRATIQUE

PARALLÈLE CLINIQUE DES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Appliquons au cœur le plan qui nous a permis d'embrasser rapidement, et d'un coup d'œil d'ensemble, les affections de l'appareil rénal ; l'examen comparatif des grands types de maladies cardiaques nous mènera logiquement à l'étude de l'asystolie. Nous croyons avoir fait ressortir tout l'intérêt que soulèvent ces états morbides ultimes et complexes qui viennent attester la destruction définitive des appareils les plus importants de l'économie. Ce sont là les grands côtés de la médecine et non pas les moins féconds en enseignements pratiques.

Loin de nous la prétention, qui serait injustifiable et presque ridicule, de tracer *ex professo* pour

des lecteurs aussi instruits de véritables tableaux de pathologie générale. Nous ferons comme un causeur qui, ayant voyagé dans les mêmes pays que les gens auquels il s'adresse et vu les mêmes spectacles, doit se contenter pour les leur remettre en mémoire et réveiller leurs souvenirs, d'esquisser de simples et rapides croquis, quitte à insister sur certains détails qui ont pu ne pas frapper tout le monde également.

I

Sans remonter dans l'historique des maladies du cœur jusqu'à l'époque qu'on peut appeler légendaire et fabuleuse où, sous l'influence des idées galéniques, le cœur, dominateur du corps, passait pour y amener ou en détourner les maladies, tout en étant lui-même à l'abri de leurs atteintes — dans la période vraiment scientifique et moderne on peut relever plusieurs phases successives très nettes par lesquelles a passé l'opinion médicale.

Comme il était naturel de le faire, après la belle découverte du rôle des valvules sur le cheminement du sang, on s'est d'abord uniquement préoccupé des troubles apportés au jeu régulier de celles-ci et toute la pathologie cardiaque s'est concentrée dans l'étude des lésions d'orifices; c'est la période de la mécanique et de l'hydraulique. On s'est aperçu plus tard que dans cet organe musculaire l'état de la fibre contractile jouait un rôle dominateur.

C'est à Stokes, de Dublin, que revient le mérite d'avoir affirmé que là « se trouve la clef de la pathologie cardiaque. Quelle que soit, en effet, l'affection que l'on ait sous les yeux, ses symptômes dépendent uniquement de l'énergie ou de l'affaiblissement du tissu musculaire du cœur, de sa paralysie ou de son irritabilité, de l'état d'intégrité ou d'altération de ses éléments anatomiques. »

Ensuite, remontant de proche en proche vers les causes premières, on a songé à tenir plus grand compte de l'innervation, d'où dépend la contractilité; l'excitation ou l'affaiblissement du système nerveux intrinsèque (ganglions et plexus) ou extrinsèque (cerveau, bulbe et pneumogastrique) ont été souvent mis en question.

Plus récemment, enfin, on s'est inquiété plus particulièrement de l'état des vaisseaux. En 1868, M. Raynaud écrivait que « le rôle du système vasculaire, quoique subordonné, n'est pourtant pas marqué au coin d'une entière passivité; » aujourd'hui ce rôle a grandi. On connaît le retentissement des lésions de l'endartère sur l'endocarde; et la tendance à substituer l'expression plus générale d'*asthénie cardio-vasculaire* à celle d'asystolie est la consécration de ces idées.

Ainsi la question s'est élargie; mais si, dans le détail, elle est d'une extrême complexité, elle s'éclaire et se simplifie quand on envisage les choses d'un peu haut. Dans la clinique, comme dans l'histoire, il faut de la foule des faits dégager les grandes lignes.

Si la pathologie a dû étudier comme maladie spéciale chaque altération de chaque orifice, au point de vue clinique et thérapeutique, il est beaucoup plus naturel de n'admettre que deux catégories d'affections, celles qui portent sur l'orifice mitral, celles qui atteignent l'orifice aortique.

A part quelques traits communs, elles présentent en effet des différences absolument tranchées dans leur étiologie, leurs symptômes, leur évolution, leurs terminaisons et leur traitement. Attachons-nous à préciser chacun de ces points.

II

Étiologie. Sans doute l'endocardite rhumatismale peut amener aussi bien des lésions de l'orifice aortique que du mitral, quoique moins souvent; sans doute la scarlatine, la chorée, la puerpéralité et quelquefois même l'érysipèle ont pu s'attaquer à l'un comme à l'autre; rien n'est absolu en médecine. Pourtant les affections aortiques reconnaissent le plus souvent pour causes la sénilité naturelle ou acquise, se traduisant par sa signature habituelle, la dégénérescence athéromateuse — *cette rouille de la vie*, comme on l'a dit, — l'alcoolisme, le saturnisme, la goutte. Les ruptures valvulaires consécutives à un violent traumatisme ont été spécialement signalées aussi pour l'aortique. On peut même dans l'insuffisance aortique, qui est le type des affections de cet orifice, puisque le rétrécissement, s'il est une lésion, est à peine une maladie tant il retentit peu sur l'organisme, — on peut distinguer une insuffisance d'origine endocardiaque, souvent rhumatismale celle-ci, de l'insuffisance d'origine artérielle qui est alors sous la dépendance des dégénérescences diathésiques mentionnées tout-à-l'heure.

Symptômes. Combien ils diffèrent depuis le début jusqu'à la fin ! S'il n'était pas audacieux de vouloir faire rentrer trop souvent les faits pathologiques dans des formules que notre science ne comporte guère, ne pourrait-on pas dire que les mitraux sont essentiellement des congestifs, et les aortiques des anémiques ? En effet, les premiers accidents qui attirent l'attention sur une affection mitrale ne sont-ils pas, ou une congestion bronchopulmonaire se traduisant par de l'oppression, de l'anhélation, des hémoptysies, ou une congestion hépatique produisant un peu d'ictère, des douleurs dans l'hypochondre droit, des troubles digestifs ? Ne sont-ce pas des hydropisies et des œdèmes résultant de la stase sanguine habituelle dans certaines régions ?

Au contraire, de quoi s'aperçoit-on d'abord chez l'aortique, sinon de la pâleur de ses téguments et de ses muqueuses, des signes d'anémie cérébrale (vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, éblouissements).

On pourrait prendre successivement chaque appareil et continuer cette opposition. Le pouls d'un mitral diffère tellement de celui d'un aortique qu'il suffit presque à lui seul pour mettre sur la voie du diagnostic; dans un cas, petit, dépressible, irrégulier, intermittent, dans l'autre, bondissant, devenant plus fort quand on élève le bras, régulier et frappant comme un ressort le doigt explorateur.

Les troubles digestifs, fréquents dans les deux

catégories de cardiaques, affectent de prédilection deux types différents : le mitral accuse plus ordinairement une dyspepsie atonique, flatulente; l'aortique se plaint d'une dyspepsie douloureuse, de crises gastralgiques.

Au point de vue de l'évolution, les différences ne sont pas moindres. Les lésions mitrales ont pour premier effet de distendre l'oreillette gauche, puis les veines pulmonaires et de proche en proche une stase sanguine s'établit dans la petite circulation. Pour y remédier, en vertu de cette loi de compensation que Beau a eu la gloire de découvrir et la naïveté de baptiser providentielle, le ventricule droit s'hypertrophie d'abord, mais enfin se dilate. Bientôt c'est l'oreillette droite, c'est tout le système veineux qui partagent cette distension, et nous assistons à la période des stases viscérales multiples. Alors le ventricule gauche vient à la rescousse et combat par son hypertrophie l'obstacle apporté à son fonctionnement — victorieusement d'abord, jusqu'au jour où sa puissance contractile est à son tour vaincue, et où il subit lui-même la dilatation générale des cavités cardiaques et où l'asystolie s'établit.

Pendant ce temps les troubles de l'hématopoïèse, de l'absorption et de la nutrition, résultant de la circulation imparfaite dans des organes tels que le foie et les reins, amènent la *cachexie cardiaque*.

Plaçons en regard l'aortique et nous verrons, par le mécanisme des symptômes, pourquoi le tableau est si dissemblable du précédent. En laissant de côté le rétrécissement de l'orifice, pour la raison que nous avons dite plus haut, c'est-à-dire le peu de gravité de cette lésion quand elle existe seule, et pour cette autre raison que, si elle cœxiste avec l'insuffisance, loin d'en atténuer les effets, elles les accentue. Dans l'insuffisance aortique, le reflux de l'ondée sanguine dans le ventricule gauche, après chaque contraction de celui-ci, s'ajoutant au courant sanguin normal de l'oreillette qui s'y vide, tend à distendre les parois musculaires; elles s'hypertrophient bientôt, mais cette hypertrophie, qui explique les caractères du pouls, ne peut empêcher, à une certaine période, la distension et l'insuffisance progressive de l'orifice mitral, de sorte qu'à la fin de l'évolution d'une insuffisance aortique, on voit peu à peu apparaître et se dérouler les phénomènes habituels des lésions mitrales. A ce moment là l'aortique n'est plus qu'un mitral, mais à la période d'état de l'affection, que se passait-il chaque fois qu'une portion de l'ondée sanguine retombait dans le ventricule qui l'avait projetée? Evidemment une anémie relative dans toutes les parties irriguées par le système artériel aortique; selon la caractéristique expression de M. Dujardin-Beaumetz, les troubles généraux de cette période s'expliquent par cette sorte de *saignée* faite, pour ainsi dire, à chaque contraction ventriculaire; d'où la pâleur du visage et des conjonctives et les signes d'ischémie cérébrale, gastrique, sur lesquels nous reviendrons.

Au point de vue des COMPLICATIONS se montre la même différence. Tandis que chez les mitraux, la congestion habituelle des viscères les expose toujours à des phlegmasies pour les causes les plus légères; chez les aortiques les complications tiennent à un autre ordre de faits qui est le suivant. On sait combien sont nombreux les rameaux nerveux dépendant soit des plexus cardiaques, soit des pneumogastriques, leurs anastomoses entre eux et avec les nerfs phréniques. Une grande part dans la symptomatologie de l'insuffisance aortique doit être faite aux manifestations douloureuses dépendant de ces nerfs; qu'ils soient irrités par un processus quelconque inflammatoire ou ischémique, ou simplement tiraillés par l'aorte dilatée, ils témoignent de leur irritation par des sensations douloureuses, dites rétro-sternales, angoissantes à des degrés divers, que nous avons déjà assez longuement décrites dans un précédent article sur l'angine de poitrine pour n'avoir plus à y revenir.

C'est ici qu'il convient de rappeler ce que nous disions plus haut de l'existence de deux variétés notablement différentes d'insuffisance aortique. « L'une, *d'origine endocardiaque*, est le résul-« tat de l'inflammation de l'endocarde; l'autre, « *d'origine artérielle*, est le résultat d'une véri-« table aortite.

« C'est dans cette dernière que l'on observe « souvent les symptômes suivants : 1° *Symp-« tômes nerveux* de voisinage (douleurs rétro-« sternales, angine de poitrine) dus à la névrite « cardiaque, c'est-à-dire à l'inflammation pro-« pagée des tuniques de l'aorte aux nerfs des « plexus cardiaques (Peter).

« Or parmi ces nerfs se trouve le pneumogas-« trique qui, selon les branches affectées, déter-« minera des accidents cardiaques (palpitation, « etc.), pulmonaires (dyspnée, etc.) ou gastriques « (accès de gastralgie, flatulences, vomissements, « dilatation de l'estomac, etc.). Cette névrite peut « devenir ascendante et gagner ainsi le bulbe. —

« 2° *Symptômes d'anémie encéphalique* due « elle-même à deux causes : à l'insuffisance aorti-« que et à l'athérome cérébral concomitant. Cette « anémie affecte le cerveau et se traduit par des « vertiges, des lipothymies, des syncopes, parfois « par des accidents délirants ; elle peut aussi affec-« ter le bulbe et donner lieu à des vomissements, « à des accès de dyspnée, à la respiration de Chey-« ne-Stokes, symptôme d'anémie bulbaire par « excellence, et souvent signe précurseur de la « mort subite.

« Dans les affections aortiques le danger n'est « donc pas au cœur, mais au cerveau(1). » Nous avons tenu à citer ce passage d'un très intéressant travail, parce qu'il pose nettement les indications thérapeutiques, en signalant le danger le plus menaçant. Il faut ajouter aux considérations précédentes que le système nerveux n'est pas sans jouer un certain rôle dans la dilatation du cœur, et qu'on peut attribuer aux troubles de l'innervation cardiaque une action d'arrêt sur la contractilité du myocarde ; en effet, les expériences de Eichhorst(2) ont démontré l'influence trophique des nerfs vagues sur le muscle cardiaque, et la facilité avec laquelle

(1) H. Huchard. De la guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine, *in* Union médicale (1878).

(2) Eichhorst. Centralb. fur med. Wissensch.

se produit la dégénérescence de celui-ci chez les oiseaux dont un des nerfs pneumogastriques a été coupé.

Pour conclure, l'ennemi à combattre dans les affections mitrales, c'est la congestion par stase des grands appareils hématopoïétiques, et comme cette stase ne reconnaît pas d'autres causes que l'insuffisance de la contractilité cardiaque, c'est à relever celle-ci, à la soutenir chaque fois qu'elle vient à défaillir, que doivent tendre tous les efforts du praticien; pour employer la formule de M. Dujardin-Beaumetz, mettre le cœur au niveau de sa tâche, s'opposer autant que possible à la dégénérescence granulo-graisseuse de cet organe, voilà la consigne dans les affections mitrales.

Dans les affections aortiques, lutter contre l'ischémie des viscères, et surtout contre la plus grave, l'ischémie cérébrale et bulbaire; combattre les manifestations douloureuses, angineuses, qui peuvent à elles seules entraîner la mort à un moment donné, telle est l'indication capitale.

Nous espérons montrer, dans le prochain article, que le médecin possède, pour lutter ici efficacement contre la maladie, deux armes excellentes dont le maniement doit lui être familier.

(*A suivre*) PAUL GERNE

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE.

DEUXIÈME PARTIE : CINQUIÈME LETTRE

La situation du corps médical en France

Nous recevons, d'un de nos confrères de la région du Nord, une lettre qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Faisant allusion aux chiffres donnés par nous, dans le numéro du 2 juillet, notre correspondant s'étonne que nous osions accepter de telles assertions qui, selon lui, constituent des énormités capables de nous enlever tout crédit près de nos lecteurs. Et immédiatement, prenant la situation des confrères qui l'entourent, il nous montre que, parmi eux, *il n'y a pas un seul médecin* qui ne se suffise à lui et à sa famille.

D'où conclusion : Les documents que vous avez reçus sont insuffisants, ils proviennent des déclassés de la profession et n'ont aucune valeur.

Nous ne demanderions certes qu'à nous tromper, quand nous disons que la profession médicale n'est pas toujours capable de faire vivre celui qui l'exerce; les plaintes de nos confrères nous prouvent malheureusement que nous avons raison. Que les chiffres donnés par nous ne puissent être quelque peu modifiés, nous ne l'avons jamais prétendu, et nous saurons le plus grand gré à ceux de nos confrères qui voudront bien nous aider à les rectifier; mais, pour le moment, et jusqu'à preuve du contraire, nous les tenons comme donnant une moyenne assez fidèle.

Il est facile de dire : vos correspondants sont des déclassés ; il serait plus difficile de le prouver, et nous aimons à croire que les chiffres fournis au numéro du 9 juillet ont, sur ce point, détrompé notre confrère.

Nous admettons mieux qu'on nous objecte l'insuffisance, comme nombre, de nos documents qui ne seront jamais assez probants, quelque nombreux qu'ils puissent être. C'est précisément cette raison qui nous a déterminés à établir une moyenne par régions et non par départements : nos correspondants se trouvaient ainsi plus nombreux, et les conditions locales, au milieu desquels ils vivaient, plus diverses.

Notre confrère a donc tort de nous faire dire : vingt-huit médecins sur cent, dans le Pas-de-Calais, ne couvrent pas leurs dépenses annuelles ; nous avons dit : *dans une région qui comprend les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme, de la Seine-Inférieure, Eure, Calvados, Orne, Manche, Aisne, Oise, Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne*, la proportion des médecins qui ne couvrent pas leurs dépenses annuelles *au moyen de leurs recettes médicales* est de 28 p. 0/0.

La situation est, on le voit, différente.

Notre confrère a raison, s'il parle du Pas-de-Calais; il n'est plus dans le vrai, s'il parle de l'ensemble des treize départements.

Et puis, est-il bien sûr de connaître exactement la position des confrères, ses voisins, dont il parle? Nous pourrions lui montrer des réponses, *émanant du Pas-de-Calais*, qui détruiraient son affirmation : il n'est pas un médecin qui ne couvre ses dépenses !

Est-il donc si extraordinaire qu'un confrère, dans une conversation où il vous parle de ses petites affaires, ne force un peu la note et n'augmente de quelques milliers de francs le chiffre des honoraires qu'il inscrit chaque année ? Nous n'aimons pas, en général, à laisser croire que nous n'avons pas une clientèle superbe et que nous ne sommes pas très occupés; peut-être même ce sentiment est-il plus vif encore si nous sommes en présence de confrères, — aussi, très bien renseignés sur le chiffre de nos recettes personnelles, nous le sommes beaucoup moins sur celui des recettes de nos voisins.

Nous ne parlons pas, bien entendu, du public qui n'entend rien à la chose, qui nous croit tous millionnaires et ne se figure pas qu'un médecin puisse mettre, chaque année, moins de 10,000 fr. de côté; mais on pourrait croire qu'entre membres d'une même profession, nous jugeons mieux les choses, — c'est une erreur; si nous ne tombons pas dans les exagérations précédentes, nous nous trompons encore de beaucoup, et de nombreux exemples pourraient le prouver.

Nous attachons une grande valeur de sincérité aux bulletins que nous avons reçus, et la raison est *qu'ils ne sont pas signés* : nous sommes convaincus que la signature exigée au bas du ques-

tionnaire aurait pu modifier les chiffres énoncés.

De la lettre de notre confrère, nous retiendrons donc simplement que le *Pas-de-Calais* est, dans la région dont nous parlons, un des départements les plus favorisés, car nous voyons qu'il se trompe beaucoup pour le département du Nord qui, sous ce rapport, vient loin derrière le Pas-de-Calais.

Nous nous rangerions bien plutôt à l'avis d'un de nos confrères de Honfleur qui répondait : avec de l'ordre et de l'économie, on doit vivre de ses recettes ; celles-ci sont-elles faibles, il faut savoir établir, en conséquence, son budget de dépenses. C'est là ce que font la plupart de nos confrères : ils vivent, mais ils vivent gênés, ils végètent ; ou bien, ils puisent dans les ressources personnelles qu'ils peuvent avoir et y trouvent le complément nécessaire à la vie quotidienne.

Nous ne prétendons pas que le médecin doive mener la vie à grandes guides ; est-il superflu de réclamer pour lui le confortable et l'aisance de la classe bourgeoise à laquelle il appartient? Et, si, à force de privations qu'il laisse ignorer, il parvient à ne pas faire de dettes, doit-on le blâmer de dire : « Je ne vis pas de ma profession ? »

Nous ne ferons aucune difficulté à admettre cette dernière interprétation de la réponse de nos confrères comme étant l'expression réelle de la vérité ; mais nous ne changerons pas, pour cela, nos conclusions, et nous continuerons à dire qu'il est fort triste qu'un homme qui a passé sa jeunesse à étudier, qui a fait des sacrifices d'argent considérables, qui exerce une profession comme la nôtre, ne puisse arriver, que difficilement, à faire honneur à ses affaires et à donner à ses enfants l'instruction que lui-même a reçue. Nous dirons que : si le *huitième à peine des médecins déclare souhaiter de laisser à ses fils la clientèle paternelle*, c'est que leur situation, comme médecins, n'est pas si bonne qu'on nous l'assure.

S'il se trouvait des confrères pour ne pas prendre au sérieux un tel état de choses, nous ne pourrions que le regretter, et nous ne nous efforcerions pas moins de donner un corps et une vie à cette abstraction qui a nom : le *Corps médical*.

Dr A. Gassot, de Chevilly.

II

Révision des honoraires médico-légaux

Quatrième article (1)

F. — Nous devons protester encore contre l'application irrationnelle et abusive que l'on tend à faire de l'article 475 du code pénal. La magistrature française semble admettre que cet article atteint le médecin qui refuse d'obtempérer à la réquisition faite aux termes des articles 32, 43, 44, 49, et 50 du code d'instruction criminelle, en cas de flagrant délit ou d'accidents de nature à troubler la paix publique, et généralement toutes les fois qu'il s'agit d'un service urgent. — Que la loi réclame et impose, dans ces cas, un secours matériel, un concours corporel, cela se comprend ; mais il est inadmissible qu'elle puisse imposer également une assistance intellectuelle, un concours scientifique ; placer la volonté, l'intelligence, sous la pression d'un mandat administratif impérieux, ce n'est pas seulement porter atteinte à l'indépendance morale, mais c'est vouloir ce qu'on ne peut ordonner. Et, en réalité, l'article 475 est une sanction bien efficace, car « la loi, toute puissante qu'elle soit et doit être, se brisera toujours contre la force d'un *non possumus* moral. »

Ou bien, puisque la justice s'arroge le pouvoir exorbitant de nous requérir de force, qu'elle nous assure en même temps une rémunération équitable pour la mission difficile et parfois compromettante qu'elle exige de nous. Pourquoi ne réclamerions-nous pas pour nos honoraires judiciaires, un tarif au moins égal à celui que nous appliquons à notre clientèle ? L'Etat qui, après nous avoir imposé des frais de scolarité et de diplôme très onéreux, ne craint pas de nous infliger une lourde patente, malgré le caractère humanitaire de notre profession, croit-il avoir encore droit à de nouveaux sacrifices de notre part, quand il s'agit de rétribuer un acte médico-légal ?

G. — Mais ce qui est absolument inique et tout-à-fait révoltant, c'est que le médecin, obtempérant à une réquisition officielle, puisse être spolié de sa rémunération légitime ! Ainsi un commissaire de police ou un juge de paix requièrent un médecin pour un cas de viol, ou pour une levée de cadavre. Si le médecin conclut à un crime, l'instruction se poursuit et l'homme de l'art a droit à son honoraire ; s'il n'y a pas crime, l'administration de la justice, qui n'a pas d'action à suivre, peut refuser à l'homme de l'art son légitime salaire : ou bien, si, par hasard, le tribunal autorise le médecin à toucher ses honoraires, et qui les ait perçus réellement, la cour des comptes intervient au bout de deux ou trois ans, et oblige le médecin à restituer un argent qu'elle considère comme indûment payé.

Un médecin peut contraindre, de par la justice, un client ordinaire à lui payer ses soins ; mais elle, la justice, sous une forme quelconque s'attribuerait le droit excessif de se servir du médecin arbitrairement et gratuitement, et lui refuserait sciemment le prix de son temps et de ses services?

Pour peu qu'il existe une présomption de crime ou de délit, c'est l'*Etat* qui est responsable et qui paye ; s'il n'y a crime, c'est la *commune* qui doit et la commune souvent se refuse à payer ; son budget, dit-elle en pareille occurence, ne comprend pas d'allocation pour les frais judiciaires de ce genre ! Le médecin est alors frustré de rémunération. Si l'on veut bien se reporter au *Concours médical* du 27 décembre 1879, p. 312, on y lira une lettre fort instructive dans laquelle le docteur J. Rolland expose toutes les démarches qu'il a été obligé de faire pour recouvrer les honoraires de deux réquisitions tarifées par des maires dans des cas relevant de la police administrative. Il lui fut répondu par une circulaire du procureur général de Bordeaux, que, *lorsque la réquisition n'a pas lieu sous un intérêt judiciaire, les frais médicaux doivent être acquittés, soit par la famille du décédé, soit par la commune sur le territoire*

(1) Voir *Concours médical*, nos 26, 27 et 28

de laquelle le fait a été constaté.

Mais à quoi le médecin reconnaîtra-t-il si l'autorité requérante agit avec la *qualité judiciaire* ou *administrative*? Cette difficulté ne saurait supporter la discussion à quelque titre que l'un des délégués quelconques de l'administration de la justice (juge d'instruction, procureurs, juge de paix, commissaire, officiers de gendarmerie, maire ou adjoints agissant d'urgence dans l'attente des magistrats), emploie un médecin, la justice doit accorder sans contestation, sans entrave, un honoraire qu'un tarif justement compensateur devrait édicter.

Nous aurions encore bien d'autres injustices à relever, si nous voulions examiner en détail le mode de *recouvrement des honoraires judiciaires*. Toutes les difficultés et les incertitudes du tarif sont ici exploitées à nos dépens. S'il est vrai qu'il y a des magistrats qui ont à cœur de nous dédommager dans les limites les plus larges du tarif, ainsi que nous nous sommes déjà plu à le reconnaître, nous devons ajouter aussi qu'il en est qui conspirent avec la loi pour rogner autant que possible les modestes mémoires que nous leur présentons, de manière à nous appliquer le minimum d'un tarif déjà trop minime. Ces faits paraissent exagérés, mais ils ne sont que trop réels; *nous en avons preuves en main*, et nous pourrions reproduire ici maints exemples extraits de la correspondance de nos confrères, si nous ne craignions pas d'étendre outre mesure la longueur de ce travail.

Que résulte-t-il de cette déplorable situation? C'est que, ainsi que le déclarait en 1877 le Dr Pénard, (1) « il y a chez les médecins, sous le rapport de la pratique médico-légale, un très grand découragement, la médecine légale, en effet, exige des aptitudes de tout genre, et on y rencontre trop de déboires, trop de difficultés de toute sorte, on y trouve trop peu de compensations, pour ne pas s'en éloigner avec empressement, ou s'en détacher le plus tôt possible. » On ne peut contester le bien fondé de ces appréciations et la sincérité de ce tableau! Les hommes les plus compétents sont les premiers à se plaindre du malaise et du mécontentement qui gagnent de plus en plus tout le corps médical.

Chacun cherche à esquiver la corvée du médecin légiste. Ainsi que le prouve encore une curieuse anecdote racontée dans le *Concours médical*, du 5 juin 1880, p. 272.

Or, ce n'est pas seulement l'intérêt privé des médecins légistes qui est en jeu dans tout cela, mais encore l'intérêt bien plus élevé de la médecine légale et de la bonne administration de la justice.

Essayerons-nous maintenant d'indiquer les moyens de remédier à un pareil état de choses? Il y aurait lieu sans doute de réorganiser ou plutôt d'organiser l'institution entière de la médecine légale, puisque celle-ci n'est pas encore établie sur des bases positives et durables. Mais il ne nous appartient pas de nous aventurer sur le domaine des réformes fondamentales. Cette tâche incombe et devrait être dévolue aux corps compétents, ou à une commission mixte composée de médecins et de criminalistes, qui pourraient étudier avec une autorité incontestable, les principes qui doivent régler les rapports de la justice criminelle et de la médecine légale, de la manière la plus fructueuse pour celle-là, et la plus équitable pour celle-ci.

(1) *Loc. citat.*

Mais étant donné le système actuellement en vigueur, c'est-à-dire tout médecin étant exposé, sur une commission rogatoire de la justice, à faire œuvre de médecin légiste, il est indispensable et urgent de lui assurer une compensation équivalente aux fonctions délicates et aux graves responsabilités qu'on lui impose.

Conclusions.

Voici donc le plan des modifications que nous proposons d'apporter au tarif de 1811. Il conviendrait :

1° De considérer toujours les médecins chargés d'un mandat médico-légal, comme des experts, et de reconnaître à *priori* leur droit aux honoraires et aux vacations.

2° De créer un honoraire distinct pour la *visite* et le *rapport*, et de fixer la quotité de chacun de ces honoraires à 5 francs ;

3° De bien préciser ce que signifie le *premier pansement* et l'honoraire qui lui serait attribuable.

4° De déterminer un honoraire convenable pour les *autopsies* et les opérations plus difficiles que la simple visite. Nous avons indiqué précédemment le tarif qu'on pourrait adopter à cet égard.

5° De régler équitablement le système des *vacations* : par exemple 6 francs par vacation de trois heures le jour, et dix francs la nuit.

6° D'augmenter notablement les indemnités de transport qu'on pourrait fixer comme il suit : 5 fr. par myriamètre parcouru en allant et en revenant; 3 fr. pour toute fraction de myriamètre.

7° Lorsque les médecins ou chirurgiens sont arrêtés dans le cours du voyage, par force majeure; ou lorsqu'ils subissent un séjour forcé dans la ville où se fait l'instruction de la procédure, et qui n'est pas celle de leur résidence, il devrait leur être alloué, pour chaque jour de séjour forcé, une indemnité équivalant à un nombre de vacations proportionnelles à la distance à laquelle ils sont retenus loin de leur résidence.

8° Il importe de restreindre l'article 475 en faveur des médecins dont l'indépendance professionnelle doit rester inviolable pour la justice comme pour les autres clients.

9° Quelle que soit l'autorité requérante, il faudrait assurer d'une façon quelconque, l'honoraire de toutes les réquisitions faites au nom de la loi.

10° Enfin, il est urgent de débarrasser le recouvrement des honoraires judiciaires, de toutes ces formalités minutieuses (rédaction des mémoires en double et conformes à des modèles longs et compliqués inutilement, etc., etc.) que certains magistrats exploitent comme à plaisir, afin de réduire à sa plus simple expression une rémunéra-

tion déjà trop insuffisante, et de nous y faire même renoncer bien souvent, par suite des entraves fastidieuses qu'ils se plaisent à nous susciter.

Il conviendrait, en un mot, de renouveler l'esprit du tarif de 1811, d'en dissiper les obscurités, d'en changer les dispositions principales et de la remplacer par un texte clair et précis, dont l'application fût facile et sans équivoque dans tous les cas, et pour tout le monde.

Le projet de réformes que nous venons d'exposer, est depuis longtemps inscrit parmi nos aspirations les plus vives et les plus légitimes ; il n'est que l'expression modérée des revendications unanimes du corps médical.

Que nos législateurs y prennent garde ! s'ils continuent à dédaigner des doléances dont ils ne peuvent contester la légitimité, ils nous obligeront à employer un procédé séditieux peut-être, mais parfaitement justifiable, celui de nous réunir, comme nous l'écrivait le Dr Boell, membre fondateur du *Concours médical*, « en un vaste faisceau récalcitrant» et de former une grève générale et tenace contre toute réquisition par les autorités administratives ou judiciaires, jusqu'à ce que celles-ci aient reconnu nos prérogatives, et accédé à nos justes réclamations.

Si l'Etat veut avoir dorénavant de bons médecins légistes à son service et à sa disposition, qu'il les encourage et les honore, en les payant autrement qu'il ne l'a fait jusqu'ici.

Dr G. CARRIÈRE,
de Saint-André-de-Valborgne (Gard).

III

L'AFFIRMATION DES CERTIFICATS

Monsieur et très honoré confrère.

J'ai été prié la semaine dernière de délivrer un certificat à un juré qui voulait se faire récuser à cause de l'état maladif de sa femme.

Quand ma pièce fut prête, je me rendis chez le juge de paix.

Ce magistrat m'a répondu, (ce à quoi je m'attendais), qu'il fallait que j'affirmasse le certificat, soit à l'audience prochaine, soit au greffe.

J'avais dans ma poche le numéro du *Concours* qui traite cette matière, et je lui en fis lecture. Après réflexion, il me dit : qu'il n'y avait en effet aucun article de loi nous forçant à remplir cette formalité. Mais, ajouta-t-il, l'affirmation du certificat est nécessaire pour qu'il soit *valable*, d'après la circulaire ministérielle du 22 septembre 1878.

Les circulaires ministérielles réglementent les lois et, pour résister dans ce cas, c'est la voie du conseil d'Etat qu'il faut prendre.

Mon client, pressé d'avoir sa pièce, me pria de me soumettre à la formalité et je lui fis payer mon dérangement en plus du certificat.

Je crois que, jusqu'à ce que nous ayons fait nos efforts pour faire disparaître cette circulaire, il faut nous soumettre, si nous ne voulons pas, en pareil cas, voir notre client nous quitter.

J'ai cru devoir vous faire passer ces quelques lignes afin de mieux fixer les membres du *Concours* sur cette question.

Recevez, etc., L. LEFÈVRE.
Médecin à Bonnière.

COURRIER

Arrachement total de la paroi antérieure de l'abdomen — Issue des intestins et de l'utérus gravide de six mois.

Le 10 mars 1881, je fus appelé au village de la Bodinière, commune de Saint-Georges-de-Montaigu, pour une femme C. âgée de 32 ans, et enceinte de six mois, à laquelle venait d'arriver, sur les quatre heures du soir, un lamentable accident.

Cette femme, occupée à faire paître une vache qu'elle tenait par une corde, reçut de cet animal, en plein ventre, un violent coup de corne, et tombait en s'écriant qu'elle était morte, que ses *boyaux* lui sortaient du corps.

A mon arrivée, je la trouvai demi-assise dans la civière qui avait servi à la transporter, et dus me contenter de la faire glisser sur un lit jeté à terre, puisqu'elle me déclarait qu'il lui était impossible de bouger.

Les vêtements, qui n'étaient pas *déchirés*, ayant été coupés, je constatai toute la gravité de l'accident.

La cavité abdominale était *entièrement à découvert*. A la partie inférieure, on voyait l'utérus déjeté en avant et légèrement incliné à gauche, ce qui permettait de toucher le ligament rond du côté droit. Au dessus de l'utérus, était le côlon transverse, visible dans toute sa longueur et occupant sa position normale. Le grand épiploon avait disparu en grande partie : ce qui en restait recouvrait le bord supérieur du côlon transverse. A droite, entre l'utérus et le côlon transverse, le paquet formé par l'intestin grêle sortait de la cavité abdominale.

Le côlon transverse avait déjà une teinte violacée ; l'intestin grêle paraissait brunâtre et comme dépoli.

Le palper de l'utérus permettait de reconnaître des parties fœtales, et la mère sentait remuer son enfant.

Pouls régulier, un peu petit, 96 pulsations t. 37°2.

La perte de sang, au moment de l'accident, avait été peu considérable. Malgré de vives souffrances, supportées avec beaucoup de courage, la pauvre femme avait perdu connaissance.

En présences d'aussi graves désordres, je fis part à la famille de l'extrême gravité de la situation pour la mère, et proposai, comme elle le désirait, de retirer l'enfant par la section de l'utérus; j'attendis, pour cette opération, mon confrère le docteur Laisné, des Bivuzile, qu'on avait déjà demandé.

Je pratiquai une incision de douze centimètres sur la partie saillante de l'utérus, sans *provoquer, de la part de cette malheureuse, l'expression de nouvelles souffrances*. Il était environ dix heures du soir. Le placenta se présenta d'abord, puis, après l'incision des menbranes, apparut le fœtus, âgé de six mois environ, respirant faible-

ment et devant mourir deux heures environ après son extraction.

L'utérus se rétracta énergiquement. Sa section et le décollement placentaire ne donnèrent lieu qu'à une hémorragie insignifiante.

Nous cherchâmes alors à faire la suture de la paroi abdominale, mais ce nous fut impossible. La paroi de l'abdomen, de l'extrémité inférieure du thorax au bord antérieur du bassin, et des épines iliaques supérieures droite et gauche à la partie moyenne des fausses côtes, *avait entièrement disparu*, sauf à la partie supéro-externe gauche où flottait un lambeau de cinq à six centimètres de longueur sur dix de large, et à rebords frangés. *C'est tout ce qui restait de la paroi abdominale.*

Nous nous contentâmes de passer un bandage autour du corps. Le moindre attachement des intestins était entièrement douloureux.

Pouls réguliers, très petit, 125 p. t[e] 3608.

La mort eut lieu 36 heures après l'accident, la pauvre femme conserva sa pleine connaissance jusqu'à la fin. Je regrette n'avoir pu la revoir avant sa mort, et n'ai pas eu d'autres renseignement sur ce qui s'est passé.

Je me suis demandé comment une aussi large éventration avait pu se produire. Voici pour ma part, comment je me l'expliquerais.

Grâce à l'existence de l'utérus gravide, qui tendait la peau et empêchait la dépression de l'utérus, le coup, porté sur la paroi abdominale, l'aura d'abord perforée directement, de bas en haut et de dehors en dedans, puis une seconde fois de dedans en dehors, et c'est en se retirant, tandis que la femme tombait à la renverse, que l'animal aura arraché la paroi abdominale dans toute l'étendue indiquée. Il y a lieu de tenir compte aussi de l'amincissement de cette paroi distendue par le développement de l'utérus. Les vêtements ont dû être soulevés puisqu'ils ne portaient pas trace de déchirure.

L'heure avancée de la nuit (onze heures du soir) nous a empêché de rechercher, sur le lieu de l'accident ou dans les vêtements, les fragments de peau disparus.

J'ignore si jamais a été publié un cas d'arrachement aussi complet de la paroi abdominale, et c'est à ce titre que j'ai cru devoir demander au *Concours médical* de publier cette observation.

D[r] Mignen (de Montaigu).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Observation de pleurésie graisseuse

M. *Debove* donne communication à la *Société Médicale* des hôpitaux d'une note sur ce sujet. Il s'agit d'un pensionnaire de Bicêtre, âgé de 64 ans, qui entrait samedi dernier à l'infirmerie. Le lendemain étant le jour de Pâques, M. Debove ne le vit que le surlendemain. Il constata, dans la plèvre du côté gauche un épanchement considérable, matité complète, étendue, etc. ; les battements du cœur étaient précipités, la peau était froide, cyanosée. Dans l'état d'affaissement où se trouvait le malade, M. Debove hésita à l'opérer et se contenta d'ordonner une médication tonique. Le mardi cependant, les phénomènes persistant et s'accompagnant d'une dyspnée plus intense, et après avoir prévenu l'entourage de la possibilité d'une syncope mortelle, M. Debove se décida à ponctionner la plèvre, il retira seulement trois quarts de litre à peine de liquide; mais le malade se trouvait bientôt très mal et succombait dans l'espace de 10 minutes.

Le liquide, qui avait été extrait, fut immédiatement examiné; on apercevait à la surface une quantité de paillettes brillantes de cholestérine. Il n'avait en rien l'aspect d'un liquide purulent ordinaire, et ne contenait pas de globules de pus; puis, sous le champ du microscope, il présentait, outre un amoncellement de cristaux de cholestérine, de la graisse sous forme de gouttelettes et de granulations.

A l'autopsie, dit M. Debove, nous n'avons trouvé aucune autre lésion qu'une pleurésie gauche, avec un poumon aplati et refoulé par l'épanchement contre la colonne vertébrale. Les autres organes : foie, rate, poumon, cœur, cerveau, étaient parfaitement sains.

La poche pleurétique renfermait encore deux litres et un quart environ d'un liquide analogue à celui qui avait été extrait. Elle était formée par une membrane épaisse, feuilletée, d'aspect jaunâtre, rappelant assez bien le tissu jaune élastique, au point de pouvoir la comparer à une aorte athéromateuse. Elle n'était pas cloisonnée et ne renfermait aucune fausse membrane. Les membranes d'enveloppe, stratifiées, étaient formées par un tissu fibreux, coloré en jaune par des granulations graisseuses qui constituaient de véritables couches de graisse interposées à leurs différents feuillets. D'après les recherches auxquelles il s'est livré, cette observation paraît à M. Debove un fait unique; dans tous les cas, si des faits semblables ont été rencontrés, il sont passés inaperçus. Ce n'est pas une pleurésie purulente qui aurait dégénéré avec le temps en pleurésie graisseuse; c'est bien une pleurésie graisseuse d'emblée. Il n'existait aucune communication entre la plèvre gauche et le foie.

M. *Züber* reconnait bien, dans le cas de M. Debove, une pleurésie graisseuse. Il a déjà eu lui-même l'occasion d'observer, il y a trois ans, semblables phénomènes chez un jeune soldat tuberculeux et alcoolique. La ponction pratiquée par M. Züber, donna lieu, à son grand étonnement, à un écoulement de graisse seule. Le fait lui parut inexplicable et il ne fit aucune communication à son sujet. (*Le Praticien*)

***

Nouvelle mixture exhilarante.

Le docteur Luton (de Reims) publie, dans le

Bulletin général de thérapeutique, une note intéressante sur les curieux effets exhilarants d'un mélange de phosphate de soude et de teinture de seigle ergoté. Voici un extrait de ses observations:

L'un des cas se rapporte à une jeune fille de dix-neuf ans, en traitement à l'Hôtel-Dieu pour une chlorose des mieux caractérisées. La maladie fut rapidement atténuée sous l'influence du perchlorure de fer, et, en moins d'un mois, le nombre des globules rouges, qui s'était abaissé au-dessous de 1,800,000, avait remonté au delà de 3,600,000. D'autre part, la menstruation, qui s'était supprimée depuis plus de neuf mois, avait reparu. Dans ces conditions, et en présence d'un certain état hystériforme qui restait à combattre, nous donnâmes à la malade la mixture en question, à la dose accoutumée. Les effets s'en firent sentir après trois quarts d'heure d'attente, mais francs, décisifs, et aussi curieux que possible. A la suite de quelques légères nausées, le visage de la malade s'empourpra peu à peu, une chaleur agréable s'étendit à tout le corps, et les éclats de rire se déclarèrent avec vigueur et se continuèrent avec peu d'interruption, pendant une partie de la journée. La jeune fille ressentait une gaieté vraie, éprouvant un bien-être général, parlant à la façon d'une personne de bonne humeur et qui serait légèrement prise de vin. Elle ne désirait qu'une chose, la continuité de ces sensations, et demandait que, dès le lendemain, on recommençât la même épreuve. Nous nous proposons d'accéder à son vœu, sûr qu'il ne peut en résulter pour son état de santé que des avantages positifs.

Un groupe de quatre personnes, femmes ou jeunes filles, de quatorze, dix-sept et soixante-quatre ans, s'étant volontairement soumises à l'action de la mixture, à la dose ordinaire, présenta, à différents degrés, les effets habituels de cette préparation. Cependant, nous devons convenir que ces effets ne dépassèrent pas ici les proportions de la gaieté, comme à la fin d'un repas copieux arrosé d'un peu de vin de Champagne. Durant toute une après-midi, cette disposition se continua, et les personnes en question, étant restées groupées, semblaient s'exciter mutuellement à la bonne humeur : et l'on sait si le rire est contagieux!

Ainsi donc, par le mélange d'une certaine quantité de teinture d'ergot de seigle et de solution de phosphate de soude ordinaire, on obtient une préparation qui, ingérée dans l'estomac, détermine des phénomènes assez semblables à ceux de l'ivresse, mais se développant surtout dans le sens d'une gaieté franche et d'une hilarité irrésistible.

Voici, du reste, une formule qui permettra de fixer les idées à cet égard, et qui se rapporte à une dose moyenne pour une personne suffisamment excitable :

Teinture d'ergot de seigle. . . 5 grammes.
Solution de phosphate de soude
au dixième. . . . . 15 —

Mêlez dans un quart de verre d'eau sucrée. A prendre en une fois, à jeun.

S'il est permis, maintenant, de laisser entrevoir quelles applications thérapeutiques pourra recevoir la mixture exhilarante, nous ferons remarquer qu'elle conviendra, tout d'abord, aux névropathes hypochondriaques, surtout aux lypémaniaques, ou mélancoliques. Puis elle combattra heureusement l'algidité névrosique, propre aux hystériques et à ceux qui vivent dans un spasme perpétuel. L'algidité du premier stade des fièvres ou du choléra en sera aussi avantageusement influencée. Il en sera de même pour tout état de dépression adynamique ou par anémie, et aussi pour l'aménorrhée des chlorotiques. Il ne sera pas toujours nécessaire, pour être utile dans les cas précédents, d'atteindre la limite du grand accès d'hilarité; et, en se tenant dans les degrés inférieurs de l'excitation que nous savons désormais provoquer, on pourra encore utiliser la mixture dans des proportions et dans des circonstances qu'il serait superflu d'indiquer en ce moment.

***

Lithotritie en une seule séance
par sir Thompson

On sait qu'un chirurgien américain distingué, le professeur Bigelow, s'est montré le défenseur de la pratique qui consiste à extraire les calculs, quel que soit leur volume, dans une seule séance de lithotritie.

Le principe de Bigelow peut être ainsi résumé : Étant donné qu'une séance prolongée pour le brisement et l'extraction d'une pierre grosse et dure produit des accidents multiples, la vessie aura moins à souffrir si l'on enlève à la fois tous les fragments que si l'on a recours à trois ou quatre séances un peu plus courtes, puisque la présence des fragments dans cet organe amène, en quelques jours, des troubles plus grands qu'une opération unique prolongée.

On sait d'ailleurs que le meilleur moyen de traiter la cystite qui survient dans l'intervalle des séances est de briser et d'enlever sans délai les fragments qui restent dans la vessie.

Il y a un an et demi que j'ai employé la méthode de lithotritie en une seule séance. J'ai opéré ainsi 48 adultes porteurs de calculs de différentes grosseurs. Je n'ai eu que deux morts, et encore l'une d'elles ne peut être attribuée à l'opération.

Je résumerai en peu de mots les résultats pratiques de mon expérience pour le choix des opérations dans le but d'extraire un calcul :

1° S'assurer d'abord de la nature et du volume de la pierre; modifier selon ces données les procédés à mettre en œuvre. Qnand la pierre est petite ou de moyenne grosseur, ne se servir que d'instruments peu volumineux et facilement maniables. La lithotritie en une seule séance ne demande pas d'instruments spéciaux, mais le lithotriteur et l'aspirateur doivent être bien construits et adaptés à chaque cas.

2° Il est plus difficile d'extraire un calcul dur et volumineux en une seule séance qu'en plusieurs.

3° On peut dire, sans témérité, que le nouveau procédé rendra plus sûrs les résultats de la lithotritie dans les cas où cette opération a été indiquée, et permettra de l'étendre à des calculs plus volumineux. Mais je considère encore la lithotomie latérale comme une admirable opération, non-

seulement dans le cas de gros calculs dépassant environ deux onces, mais encore dans le cas où l'étroitesse du canal ou d'autres conditions l'indiquent.

(Gazette hebdomadaire de Montpellier, d'après le *British médical-journal).*

***

Névralgie du grand nerf occipital ; distention, guérison, par H. Schussler.

(Berlin Klin. Woch., 27 septembre 1880). — Il s'agit d'une femme de 53 ans, qui, depuis l'été de 1876, sans cause appréciable, souffrait d'une névralgie intense dans la moitié droite de la nuque. Les douleurs suivaient le trajet du grand nerf occipital et se faisaient sentir surtout en trois points : à son point d'émergence trapézienne, au milieu de son trajet sous-cutané, et au niveau de sa division en deux branches. Devant l'insuccès des moyens médicaux excepté l'électricité, on se décida à pratiquer la distension du nerf, ce qui eut lieu le 22 mai 1880, avec les précautions antiseptiques usuelles, sauf le spray. Le névrilème était fort épaissi et congestionné. On prit le nerf entre le pouce et l'index, et on le distendit vigoureusement vers le centre et la périphérie. Suture et pansement antiseptique. La guérison de la plaie s'est faite par première intention, et, depuis le quatrième jour après l'opération, les douleurs n'ont plus reparu. *(Paris-Médical).*

***

Sciatique guérie par la distension des nerfs, par Hildebrant.

(Deutsche med. Woch., 1880, n° 36; et *Centralb. für Chir.*, 23 oct. 1880). — Chez une femme de 32 ans qui souffrait de sciatique, Hildebrant a distendu le nerf sciatique après l'avoir mis à nu dans le creux poplité; les vaisseaux du névrilème étaient fort congestionnés et dilatés. La distension fut faite, dans les deux sens, à plusieurs reprises, de la manière la plus complète; puis on réunit la plaie au moyen de sutures. Les douleurs ont cessé, et jusqu'à ce jour, depuis un an et trois mois, il n'y a pas eu récidive.

(Paris-Médical)

***

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Le Dr Bailly publie dans les *Archives de tocologie*, l'observation d'une jeune femme de 26 ans, arrivée au troisième mois de la grossesse, chez laquelle des vomissements se déclarèrent et prirent rapidement une telle fréquence que la vie de la malade était compromise et que la question d'un avortement provoqué dut être posée. Dans ces conditions, un large vésicatoire fut apposé sur l'épigastre, et, sur l'avis de M. le professeur Depaul, on fit usage du sachet de glace de Chapmans, long de 60 centimètres et large de 8 centimètres, qui fut maintenu pendant neuf jours appliqué sur le rachis. Dès le troisième jour, les vomissements étaient suspendus. La jeune femme reprit ses forces et accoucha heureusement à son terme.

***

Un cas de grossesse extra-utérine.

Leite rapporte dans la *Gazetta medica di Bahia* l'observation suivante : Une femme, âgée de vingt-deux ans, avait déjà eu un enfant, avec un accouchement laborieux. Elle était très mince. Pendant sa seconde grossesse, elle remarqua que l'abdomen avait un développement inusité, que le fœtus occupait la région ombilicale, était légèrement incliné vers la droite. Les mouvements étaient très actifs et parfois très douloureux. Elle sentait facilement avec la main, sur les parois abdominales, les différentes parties de l'enfant, surtout la tête. Au huitième mois, après une promenade plus longue que de coutume, elle fut prise de frisson, de nausées, de vomissements et d'une douleur aiguë dans la région hypogastrique, accompagnée de mouvements désordonnés du fœtus et d'une perte sanguine par le vagin. Les douleurs durèrent plusieurs jours, le lait apparut dans les seins et les symptômes devinrent tout à coup si graves, qu'elle fut obligée de prendre le lit. Les mouvements fœtaux disparurent. A tous changements de position, elle éprouvait la sensation du déplacement d'un corps solide dans un liquide. Il y eut un écoulement purulent et fétide par le vagin. Plus tard, elle éprouva une chaleur inaccoutumée dans la paroi abdominale et la ligne médiane. Trois petites tumeurs apparurent, elles s'enflammèrent, s'ouvrirent et rendirent une grande quantité de fluide purulent et fétide. En même temps, l'écoulement vaginal cessa. Ces ouvertures, dans la paroi abdominale, s'agrandirent et donnèrent issue à des os et d'autres débris fœtaux. Enfin elles se cicatrisèrent et furent suivies d'une tumeur nouvelle au niveau de l'ombilic. Elle s'enflamma aussi, s'ulcéra et découvrit un des os pariétaux de la tête fœtale. Le Dr Leite, qu'on fit alors demander, essaya en vain d'extraire l'os par l'ouverture de la plaie qui avait de quatre à cinq centimètres de diamètre. On agrandit la plaie au moyen d'incisions et on enleva trente-trois os qui paraissaient être dans un kyste. Pendant trente jours consécutifs on employa les injections phéniquées et iodées pour laver le kyste qui finit par s'oblitérer. La malade se rétablit parfaitement bien.

(Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes).

***

Les degrés de parenté... en Amérique.

Un Américain établit, comme il suit, les degrés de parenté que lui crée son mariage.

« J'ai épousé une veuve qui avait de son premier mariage une grande fille, dont mon père devint amoureux et qu'il épousa : ainsi mon père devint mon gendre, et ma belle-fille ma mère, puisqu'elle avait épousé mon père.

Quelque temps après, ma femme eut un fils qui fut le beau-frère de mon père, et en même temps mon oncle, puisqu'il était le frèro de ma belle-mère.

La femme de mon père, elle aussi, devint mère à son tour d'un gros garçon, qui devint mon frère et mon petit-fils, puisqu'il était le fils de ma fille.

Ma femme était ma grand mère, car elle était la mère de ma mère; moi, j'étais le mari de ma femme et son petit-fils aussi; et comme le mari de la grand-mère d'une personne est son grand-père, je devins mon propre grand-père. »

Voilà des choses qu'il est dangereux de lire, quand il fait si chaud! Dr J. GOFFROY.

VARIÉTÉS

NOURRICES ET NOURRISSONS.

Le tribunal correctionnel de Meaux vient de rendre un jugement sur lequel je ne saurais trop vivement appeler l'attention du public.

Il a condamné à huit mois de prison une nourrice, Hermance-Ernestine Bouchet, manouvrière, à Fresnes, qui avait laissé mourir, faute de soins, son nourrisson, un enfant de dix mois.

Le médecin, commis à l'examen médical, avait déclaré que le pauvre petit être était mort de faim. Cette nourrice barbare ne lui donnait, pour tout aliment que de l'eau de gruau; le lait lui eût coûté trop cher. Elle ne le levait point de son berceau; il pourrissait dans son ordure.

Quand les juges lui demandèrent compte de sa conduite, elle parut fort étonnée. Elle n'avait rien fait que d'ordinaire. Elle n'était pas, après tout, plus mauvaise nourrice que tant d'autres. Elle ne savait pas ce qu'on lui voulait. Si elle n'avait nourri le petit que d'eau de gruau, c'est qu'elle était pauvre et ne pouvait faire davantage. C'était bien du bruit pour un enfant mort.

Les juges ne se sont pas arrêtés à ces excuses, en condamnant cette misérable femme. Peut-être ces huit mois de prison infligés à une nourrice éveilleront-ils la conscience endormie de ses collègues.

Il est certain que, dans nos campagnes, les femmes qui ont pris pour gagne-pain le métier de nourrices n'ont pour la vie humaine ni respect ni souci. Elles contractent une maladie d'indifférence contre laquelle on n'a jusqu'ici trouvé aucun remède. Elles ne voient dans l'enfant qu'on leur confie ni aucune créature faite, comme le leur dit M. le curé, à l'image de Dieu, ni l'espoir d'un homme futur et la joie d'une mère. C'est pour elles quelque chose comme un colis vivant, qu'elles manipulent sans y prendre garde. Tant pis pour lui s'il se casse! Un de perdu, dix de retrouvés.

C'est contre ces préjugés rustiques qu'il faut réagir avec vigueur. L'éducation primaire y fait beaucoup; mais des exemples, comme celui que vient de donner le tribunal de Meaux, auront encore plus d'efficacité. Ces femmes, qui assassinent inconsciemment tous les pauvres petits êtres confiés à leurs soins, se pénétreront peut-être de cette idée que la vie de leurs nourrissons a un certain prix, puisque la société la leur fait payer si cher.

Je plains la malheureuse qui vient d'être condamnée; il est certain qu'en bonne justice, elle avait droit de récriminer, représentant qu'après tout, elle n'avait fait que suivre de vieilles traditions. Mais c'est précisément avec ces traditions qu'il faut rompre, et la justice a eu raison de frapper un grand coup. F. SARCEY (Le XIXe Siècle).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Messieurs et Chers Collègues,

Le 6 juin 1881 a eu lieu à Agen une réunion médicale pour l'organisation d'un Syndicat.

Cette Association, toute locale, se propose de relever la dignité professionnelle, de permettre aux Médecins, par des réunions plus fréquentes entre Collègues de circonscriptions voisines, de mieux se connaître et s'apprécier, d'amener ainsi une entente forcée au point de vue des intérêts communs, de rechercher ensemble, dans les rapports de confrère à confrère, des règles précises et uniformes, propres à faire disparaître les divisions et les rivalités, et enfin d'obtenir de la part du Syndicat une protection efficace et constante dans la période d'exercice de la profession.

L'Assemblée accueille avec empressement la proposition, et vote à l'unanimité la création du Syndicat. Elle décide ensuite, vu le nombre des adhésions, de composer le Bureau de cinq membres et de prendre un représentant dans chaque arrondissement, le cinquième devant être nommé Secrétaire-Trésorier.

Après le vote, le Bureau est ainsi constitué :

MM. MOUCHET,	pour	l'arrondissement d'Agen ;
SARROUILLE,	id.	de Marmande;
LANDARABILCO,	id.	de Nérac ;
BIAU,	id.	de Villeneuve-sur-Lot;

CASSIUS, Secrétaire-Trésorier,

La prochaine réunion a été ensuite fixée au deuxième lundi de septembre, jour de la foire du Pin.

Le Bureau doit rédiger les statuts pour cette époque, présenter un réglement de déontologie confraternelle, et proposer un mode uniforme pour le recouvrement des honoraires. Ce travail sera envoyé aux adhérents avant l'époque de la réunion, pour que chacun puisse en prendre connaissance et présenter, lors de la discussion, les objections ou modifications qu'il croira convenables.

L'Assemblée a, de plus, voté une cotisation de cinq fr. par Sociétaire, pour parer aux frais d'impression et de circulaire. Il a été en outre convenu que chaque adhérent nouveau verserait en entrant la même somme de cinq francs.

Puis, enfin, l'Assemblée a décidé de porter à la connaissance du corps médical, par une note envoyée à tous les Médecins du département, la création de cette Association qui se propose uniquement l'étude des moyens à employer pour la défense des intérêts professionnels.

Dans l'intime conviction, que vous voudrez bien joindre vos efforts aux nôtres, puisqu'il ne s'agit que de la dignité et du bien-être du corps médical, nous venons vous demander votre adhésion.

Veuillez agréer, Messieurs et chers Collègues, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Président : LE SECRETAIRE
Dr CASSIUS.

Les adhésions doivent être envoyées par lettre à M. le Dr Cassius, Secrétaire-Trésorier, à Layrac.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

30 Juillet 1881 — 3me Année. — N° 31

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

membres du „Concours médical"

Avis

L'Assemblée générale des membres du CONCOURS MÉDICAL *est fixée au dimanche 14 août, à deux heures de l'après-midi.*

L'administration recommande à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la réunion, de vouloir bien lui en donner avis dans le plus bref délai possible, afin qu'elle puisse faire choix d'un local en rapport avec le nombre des membres qui seront présents. Il en est de même pour le repas qui suivra et pour lequel la cotisation est de dix francs seulement, le CONCOURS *prenant à sa charge les frais supplémentaires. On comprend combien il est essentiel que nos confrères nous avisent à temps de leur intention.*

Le lieu de la réunion sera indiqué par le journal dans le numéro qui précédera la réunion.

RÉGLEMENT.

Concernant la tenue de l'Assemblée générale.

Art. 1. — La convocation pour les assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, 15 jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le bureau est constitué par le Directeur, *Président de droit*, deux assesseurs choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion et, pour rendre les débats aussi fructueux que possible tout membre qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée, et publié dans le numéro du journal qui suivra la réunion.

ORDRE DU JOUR.

Constitution de la Société

1° Adoption des conventions préliminaires et des statuts de la Société civile.

Adoption du règlement relatif à la composition, aux attributions et au mode de nomination des membres des comités.

Constitution des comités.

2° *Adoption des règlements intérieurs prévus par l'article des statuts* :

Règlement concernant la Direction.

Règlement concernant la tenue des Assemblées générales.

Règlement concernant l'exclusion *des membres du Concours.*

Réglement concernant les adhésions nouvelles, et l'admission, dans l'avenir, des membres de la Société civile.

Règlement concernant l'établissement et le fonctionnement d'une caisse de prévoyance

pour les Associés assurés sur la vie.

3° *Présentation à l'Assemblée des rapports concernant l'exercice* 1880-1881.

Rapport du Directeur.

Rapport du comité de rédaction.

Rapport du comité d'études des annonces.

Rapport du comité d'administration.

Adoption des comptes de gestion de l'exercice 1880-1881.

4° *Vote de l'emploi de la somme encaissée par la Société, conformément à l'article 3 des statuts.*

5° *Discussion des intérêts professionnels.*

BULLETIN DE LA SEMAINE

La commission permanente de l'hygiène de l'enfance avait proposé le *sevrage* comme question de concours pour l'année 1880. Le rapporteur, M. de *Villiers*, a annoncé à l'Académie qu'il ne s'était présenté aucun travail digne d'être couronné; et il demande que cette même question soit remise au concours pour 1882. Le prix sera alors doublé, et atteindra la somme de 2000 francs. Il faut espérer que, parmi nos confrères, il y en aura bien quelques-uns qui trouveront le loisir de traiter à fond cette importante question du sevrage des enfants.

M. le Dr *Diard* (de Rambouillet) a communiqué à la commission une note sur les résultats de l'application de la loi Roussel, dans son arrondissement. Il constate une diminution du nombre des enfants malades, par suite de soins meilleurs, et un abaissement de la mortalité. Les mauvaises nourrices ont été refusées; les bonnes nourrices se sentant soutenues et encouragées, ont cherché à mieux faire. L'application de la loi n'a pas diminué, comme on le croyait, le nombre des nourrices; elle a fait éliminer les mauvaises.

Cependant les difficultés n'ont pas manqué : les administrations locales ont eu beaucoup de peine à la comprendre et à la faire exécuter; les commissions locales ont été difficiles à réunir; les nourrices ont eu de la peine à se procurer les certificats exigés; elles n'ont pas voulu admettre d'abord qu'elles ne pussent élever à la fois qu'un seul nourrisson. Enfin, *grâce à l'insistance des médecins inspecteurs, qui ont rencontré partout de nombreux obstacles, et sur lesquels est retombée presque tout entière la charge d'organiser l'application de la loi,* celle-ci est aujourd'hui en bonne voie d'exécution; mais il importe que l'administration supérieure soutienne énergiquement les efforts des médecins inspecteurs.

Le Dr Diard, fait, en outre, remarquer que les nourrices ne sont pas protégées contre le mauvais vouloir des parents qui ne les payent pas. Sur ce point, il y aurait une mesure à prendre, car l'absence de rémunération entraîne nécessairement la négligence dans le soin des enfants.

M. le Dr *Bibard* (de Pontoise), notre excellent collaborateur, prévient la commission que l'on n'exige que rarement les deux certificats du maire et du médecin, qui doivent constater les aptitudes morales et physiques de la femme, qui se propose comme nourrice. Les comités de surveillance, dans l'arrondissement de Pontoise, n'existent que sur le papier, et les médecins inspecteurs sont très embarrassés pour remplir seuls leur tâche d'inspection et de surveillance : comme M. Diard, M. Bibard fait remarquer que *c'est sur les médecins que retombe presque toute la responsabilité du service:* Les sommes votées par les Conseils généraux pour rémunérer convenablement ces médecins sont absolument insuffisantes. Notre confrère demande s'il ne serait pas possible de diviser les départements en un certain nombre d'arrondissements, confiés chacun à un médecin inspecteur, auquel serait alloué un traitement annuel égal au revenu d'une clientèle ordinaire, à cause du temps considérable employé à l'inspection. Il a calculé que, pour toute la France, la dépense totale pourrait s'élever à 400,000 francs. Cette dépense qui n'est pas excessive, simplifierait bien, dit-il, les détails du service.

M. Bibard réclame aussi une protection pour les nourrices et une rémunération pour celles qui sont les plus méritantes.

M. le Dr *Pénard* (de Versailles) s'élève contre le rétablissement projeté des *Tours*, qui, suivant lui, ne servent qu'à encourager à la débauche, à affaiblir et émousser le sentiment de la famille. Il pense qu'il serait mieux de recueillir simplement et de secourir les enfants abandonnés. Comme l'a proposé le Dr Delore, un bureau spécial de commission hospitalière pourrait recevoir les enfants, avec ou sans déclaration de nom, en allouant des sommes convenables. Ceci revient à dire qu'il faut assister les filles-mères et secourir largement les ménages pauvres : évidemment il y aurait là de bonnes réformes à introduire dans la société. Comme corollaire, l'auteur demande la révision des articles 340 et 341 du Code civil, dont l'un interdit la recherche de la paternité, tandis que l'autre admet la seule recherche de la maternité.

M. *A. Gautier* a trouvé, dans la salive humaine normale, une substance très toxique, surtout pour les oiseaux qu'elle stupéfie profondément, substance soluble et non albuminoïde, dont l'activité résiste à la température de 100°. Elle est principalement formée d'un alcaloïde vénéneux à chloroplatinate et chloroaurate solubles et incristallisables et de la nature des alcaloïdes cadavériques. L'extrait de la salive mélangé de ferrocyanure de potassium, puis de sel ferrique, donne du bleu de Prusse, réaction propre à ces divers alcaloïdes cadavériques, et à ceux dont M. Gautier a signalé l'importance dans les urines normales et les veines des serpents.

— On voit, ajoute M. Gautier, combien ces alcaloïdes que l'on n'a trouvés d'abord que dans les produits putrides ont d'importance en physiologie générale. Ils lui paraissent être des produits nécessaires de la désassimilation normale des tissus.

Élection. — M. le Dr *Pénard* (de Versailles) est élu membre correspondant national de l'Académie.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA TRACHÉOTOMIE PAR LE PROCÉDÉ RAPIDE.

Conseillée de toute antiquité, la trachéotomie a reçu, dans notre siècle, une application des plus utiles, quand Bretonneau et son illustre élève Trousseau la vulgarisèrent dans le traitement du croup. Mais il était permis de chercher à perfectionner le procédé opératoire. De nombreux efforts ont été faits dans ce sens; aussi croyons-nous utile de présenter à nos lecteurs quelques réflexions sur une méthode qui diffère du procédé classique.

Tout praticien peut être appelé à faire cette opération d'urgence: beaucoup sont effrayés par la complication des temps, le nombre des mouvements qu'elle parait nécessiter. Nous leur présentons le procédé rapide comme d'une exécution plus facile, aussi sûre et aussi mathématique. Nous insisterons avec un soin munutieux sur certaines précautions, certaines manœuvres qui en rendent l'exécution plus parfaite: car nous sommes convaincu que si ce procédé a soulevé tant de controverses, s'il a souvent essuyé la critique mordante des scolastiques de la chirurgie, c'est qu'il était imparfaitement connu.

Frappés des pertes de sang souvent considérables qui s'observaient dans la méthode ordinaire, frappés aussi de la longueur de l'opération dans des cas pressants, où le moindre retard pouvait amener la mort; les chirurgiens se sont depuis longtemps préoccupés des moyens d'abréger la trachéotomie.

Vicq-d'Azyr, dans un cas pressant, divisa d'emblée la peau et la trachée.

Plus récemment, Maisonneuve avait inventé un instrument, une sorte d'aiguille de Deschamps, tranchante, destinée à être introduite par ponction dans la trachée, au dessous du cricoïde, et à ressortir en divisant, de la profondeur vers la superficie, toutes les parties molles comprises entre la pointe et le talon de l'instrument. C'était déjà un progrès, bien que la manœuvre de ce trachéotome fût un peu compliquée.

Chassaignac, voulant immobiliser le larynx et la trachée, inventa son ténaculum conducteur que tout le monde connait, et dont on s'est peu servi.

Marc Séc et Benjamin Anger ont construit des trachéotomes dilatateurs, instruments qui peuvent aussi être rangés dans l'arsenal de la méthode rapide.

D'autres voulant ménager le sang de l'enfant ont eu recours au galvano-cautère, puis au thermo-cautère: mais en présence des eschares parfois plus larges qu'une pièce de 5 fr., qui en étaient la suite, on a dû y renoncer, au moins pour la division des parties molles chez l'enfant.

Ce n'est qu'en 1873 que M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, régla la méthode dont nous nous occupons et la nomma: trachéotomie en un temps, ou mieux: trachéotomie avec fixation du larynx.

C'est son procédé que nous présentons aux praticiens comme le plus simple à exécuter et aussi le plus sûr pour l'enfant. L'enfant atteint de croup, subit, du fait de la maladie générale, la diphthérie, un affaiblissement rapide; il importe donc d'éviter toute perte de sang considérable qui lui serait préjudiciable pour la convalescence. Souvent aussi, ces enfants affaiblis, à moitié asphyxiés, tombent en syncope dans les premiers temps de de l'opération de Trousseau; c'est là un ennui, un retard que le procédé rapide permettra d'éviter. A côté de ces avantages nous en montrerons d'autres dans le courant de cette étude.

Quelques mots sur les indications immédiates de la trachéotomie, dans les cas de croup, ne nous paraissent pas inutiles. Le Croup, n'est, on le sait, qu'un syndrôme non constant de la diphthérie; beaucoup d'enfants meurent de diphthérie sans croup, nous ne nous en occuperons pas. Chez d'autres le croup existe, mais il est accompagné de phénomènes toxiques, bubons du cou, jettage, etc.; là le cas est embarrassant: « La prédominance des « caractères de l'asphyxie dans l'ensemble des « symtômes présentés, nous dit Trousseau, est une « condition de succès; quand les phénomènes toxi- « ques dominent, l'opération ne doit point être ten- « tée. » Mais on trouve dans beaucoup de recueils des observations où l'on a obtenu des guérisons inespérées, même dans des cas toxiques. Aussi nous appuyant sur les conclusions d'une discussion de la société de Médecine des hôpitaux en 1867, nous croyons qu'après avoir averti l'entourage de l'enfant, du peu d'espoir que l'on conserve, on doit opérer quand même.

Doit-on se condamner à l'inaction dans les cas de croup secondaire consécutif à la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde? Le grand clinicien de la Charité a encore trouvé là une contre-indication formelle. Néanmoins ils ont donné des succès; aussi, là encore, croyons-nous, on doit opérer.

Restent les cas de croup net, franc, où les phénomènes croissants de gêne laryngée dominent toute la scène. Les cliniciens ont depuis longtemps décrit les deux périodes dans lesquelles on peut observer l'enfant.

Dans la première, la gêne est peu marquée, le tirage presque nul ne s'augmente que par accès, l'enfant est rouge, vultueux, agité, son pouls est fréquent, la peau est chaude. Dans la seconde, les accès de dyspnée se rapprochent, ou, ce qui est plus fréquent, la dyspnée est progressive, l'enfant est pâle, les lèvres sont violacées, la peau se refroidit, on voit un tirage épigastrique et sus-sternal

très énergique : en un mot les phénomènes d'anoxémie dominent le tableau, l'enfant s'affaiblit de plus en plus.

Dans sa thèse publiée en 1858, M. Millard a nettement posé les indications tirées de ces symptômes. Plus tôt l'opération est pratiquée, plus elle a de chances de succès. Le moment favorable est le début des phénomènes d'asphyxie, quand il n'y a encore qu'une cyanose à peine ébauchée. Les opérations, comme il le démontre dans une statistique importante, ont bien plus de succès que dans la période d'asphyxie imminente.

Pour nous résumer, nous croyons pouvoir adopter le principe émis par M. de Saint-Germain dans une leçon clinique du 6 janvier 1881: « La seule « indication formelle, c'est le tirage persistant. Ni « le jettage, ni les signes de bronchite pseudo-« membraneuse, ne sont des contre-indictions. Il « n'est jamais trop tard pour opérer, tant que l'en-« fant n'est pas positivement mort; car une tra-« chéotomie bien faite, ne pourra jamais être mise « au rang des causes de la mort. »

Avant d'entrer dans la description de l'opération, quelques mots des instruments qui nous paraissent préférables.

Le meilleur bistouri est un bistouri droit, long de quatre centimètres, il a l'avantage de se tenir bien en main. Nous pensons que le bistouri gradué et cannelé de Dubar, le bistouri à arrêt, sont d'un luxe inutile.

Le dilatateur ordinaire est souvent trop court et pas assez coudé; le dilatateur à trois branches de Laborde est incommode, la branche inférieure gênant le jeu des deux autres; aussi nous préférons de beaucoup un dilatateur à deux branches longues de 5 centimétres, minces, et coudées presque à angle droit, construit par Collin sur les indications de M. de Saint-Germain.

Les canules taillées en biseau, modèle adopté par Barthez et Roger, sont, croyons-nous, préférables aux autres ; elles n'exposent pas aux ulcérations de la trachée, elles sont plus faciles à faire pénétrer et peuvent facilement être introduites sur le doigt sans dilatateur.

Signalons un instrument nouveau, la canule avec mandrin conique de M. Péan; cet instrument certainement très commode n'est pas indispensable.

Un praticien qui est obligé de faire une trachéotomie et qui, pris au dépouvu, n'a ni dilatateur ni canules, se rapellera une invention de Maslieurat-Lagémard. Avec deux épingles à cheveux, (on en trouve partout), dont on recourbe. à angle aigu l'extrémité coudée et aux tiges desquelles on fixe des cordons, après les avoir courbées en crochet, on peut faire un appareil provisoire qui maintient béante la plaie trachéale.

Une simple table résistante placée devant une fenêtre et un coussin formé d'une bûche ou d'une bouteille roulée dans un oreiller, lui-même serré avec une bande ou une corde, feront la meilleure installation, Si on opère la nuit il faut se servir d'éclairages multiples, et envoyant de la lumière en tous sens.

Nous sommes maintenant en présence du petit malade que nous devons opérer. Avant de le coucher sur la table, il faut examiner et palper minutieusement le cou de l'enfant ; cette exploration pratiquée, lorsqu'il est encore assis, ne l'effraiera pas et ne le fatiguera pas autant que s'il était couché. On doit alors reconnaître si le cou est maigre ou s'il est gras, apprécier si la couche de parties molles qui sépare la peau de la trachée est épaisse ou non ; c'est là une condition importante qui indique quelle longueur de lame il faudra laisser pénétrer. D'après les recherches du docteur Dubar (mémoire de 1879) les variations d'épaisseur des couches prétrachéales n'iraient que de 8 à 11 millimètres, limites qui nous paraissent peu étendues : nous avons opéré des enfants de 3 à 4 ans qui avaient bien près de 2 centimètres de parties molles à traverser ; c'est rare, nous l'admettons, mais cela se rencontre.

On constatera aussi la présence, le volume, et la direction des veines superficielles. On recherchera ensuite, en allant de haut en bas, l'os hyoïde, et l'angle du cartilage thyroïde: une ligne, partant de ce point pour tomber sur le milieu de la fourchette du sternum, marquera exactement la ligne médiane du cou. Un opérateur peu habitué fera bien de la tracer légérement à l'encre.

Au dessous de l'angle thyroïdien, le doigt en descendant, tombera dans un sillon, le sillon crico-thyroïdien limité au dessous par le tubercule du cricoïde, saillie un peu trompeuse et presque nulle chez les jeunes enfants.

On marque le sillon, car c'est là le point de départ de l'incision. Ainsi placée la crico-trachéotomie se pratique dans la région la moins vasculaire du cou, avantage que n'ont pas les procédés de Trousseau ou de Bourdillat. Elle se fait de plus au point le plus saillant du conduit laryngo-trachéal : on voit que ce n'est pas, comme on l'a dit, une opération faite à l'aveuglette, les points de repère sont certains et précis.

Il faut maintenant opérer. Vous couchez le petit patient en faisant porter sur le coussin préparé, non pas le cou, comme beaucoup d'opérateurs le font encore, mais les épaules. A ce moment placez vos aides. « Ne prenez jamais, dit M. de Saint-« Germain, dans ses leçons, les parents de l'enfant; « si vous n'avez point de confrère sous la main, « trouvez des gens courageux ne craignant point « la vue du sang: un boucher du voisinage est « souvent le meilleur aide. » Vous confiez la tête à cet aide de choix, il la fixera solidement, *mais sans la renverser*, de façon que le cou soit étendu et souple, mais non courbé en arrière. Cette position défectueuse a été plusieurs fois devant nous cause de syncope chez des enfants presque asphyxiés. Deux autres aides se chargeront : l'un des épaules, l'autre des pieds.

Le champ opératoire est sous vos yeux, à votre main gauche vous allez confier l'importante et difficile fonction de la fixation du larynx. Pour la bien faire, voici ce que conseille l'inventeur de la méthode : « Vous placez les doigts qui doivent « énucléer le larynx à un centimètre en dehors « des faces latérales du thyroïde. Vous rapprochez « alors ces doigts de manière que la peau vienne « faire, de chaque côté du larynx un repli assez

« prononcé. Vous pouvez alors enfoncer les doigts « dont la pulpe ne rencontre plus de résistance et « peut s'appliquer facilement sur les bords pos- « térieurs du cartilage thyroïde. »

Dans sa thèse (Paris 1877) le Dr Boissier pense que cette manœuvre peut amener une asphyxie immédiate. Oui, si elle est mal faite et si on comprime latéralement le cartilage thyroïde sans faire à la peau le pli qui permet de saisir ses bords postérieurs. Oui encore, si le cou est trop renversé en arrière, ce qui rend l'énucléation difficile ; oui enfin, croyons-nous, si les doigts qui fixent la larynx ne prennent point un point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le larynx est fixé, et on a reconnu où est placé le sillon crico-thyroïdien, d'ailleurs on le voit encore mieux marqué par une *dépression transversale*, que la peau ne manque pas de faire à son niveau. C'est dans ce sillon que l'on va plonger le bistouri.

Saisissant alors l'instrument, l'opérateur le prend comme une plume à écrire, et marque avec le médius placé en vedette sur le côté droit de la lame, une longueur moyenne de un centimètre un quart ; il plonge alors le bistouri verticalement, suivant la ligne médiane dans le sillon crico-thyroïdien et l'enfonce jusqu'à ce qu'il ait sûrement pénétré dans le conduit respiratoire. Il ne suffit pas toujours, en effet, comme il nous est arrivé quelquefois, et comme nous l'avons vu faire, d'avoir enfoncé un centimètre un quart de lame ; dans les cous épais c'est insuffisant, aussi le seul critérium est la sensation de résistance vaincue et un sifflement spécial qui ne manque presque jamais. On comprend d'après cela, pourquoi nous conseillons de faire la ponction verticale avec précaution et lenteur. Une fois que l'on est sûr d'avoir pénétré, on fait un mouvement de scie verticale pour diviser en même temps, peau, parties molles et trachée, dans une longueur de un centimètre et demi à deux centimètres environ ; enfin, on termine en abaissant le talon de l'instrument de façon à faire à la peau une plaie un peu plus longue qu'à la trachée. Nous tenons à insister sur ce fait, que, dans le second mouvement de l'incision, le mouvement de scie, il faut toujours laisser la lame *également engagée*, à cause que la trachée est d'autant plus profonde qu'on s'éloigne du cricoïde ; sans quoi, ce qui nous est parfois arrivé, on ferait à la trachée une incision trop petite.

Voilà donc l'incision faite et les quatre premiers temps de l'opération de Trousseau remplacés par un seul. Nous n'avons pas eu besoin d'aller, comme nous l'avons vu faire tant de fois, chercher au fond d'une plaie baignée de sang une trachée mobile qui ne cherche qu'à fuir. De plus, nous sommes sûrs du parallélisme parfait des plaies trachéale et cutanée ; et si notre larynx était bien fixé, nos points de repère bien pris, nous n'avons pu inciser que sur la ligne médiane. Dans ce procédé opératoire, rien n'est laissé au hasard.

Reste l'hémorrhagie. Dès que l'incision est terminée, le sang se précipite ; mais à ce moment l'indicateur gauche est vivement porté dans la plaie et va obstruer l'ouverture trachéale, qu'il ne doit plus quitter, empêchant ainsi le sang d'y pénétrer. La main droite s'arme alors du dilatateur à longues branches, l'introduit dans la trachée, en le guidant sur l'index gauche ; on le fixe à son cran d'arrêt, et on fait asseoir l'enfant.

L'enfant respire et on a tout le temps de placer la canule que l'on glisse comme dans l'autre méthode entre les branches du dilatateur. Nous devons dire qu'il arrive souvent chez les très jeunes enfants dont la trachée est très étroite, que le dilatateur aplatit cet organe et occupe dans son calibre une place telle, que l'entrée de la canule est impossible ; nous l'avons, dans ces cas, introduite plus facilement sans dilatateur en la guidant sur le doigt dont l'ongle écarte la lèvre droite de la plaie trachéale.

Telle est, dans ses plus minutieux détails, l'opération de la trachéotomie en un temps. Ce procédé a-t-il à son passif plus d'accidents que l'autre ? Non. On a objecté la possibilité de la perforation de la paroi postérieure de la trachée. Eh bien, sur deux cent cinquante opérations pratiquées par M. de Saint-Germain, une seule fois la paroi postérieure a été piquée, c'était dans le début, alors qu'il ne limitait pas, avec son doigt, l'action de sa lame.

Les hémorrhagies ne se sont pas montrées plus souvent, au contraire, et toujonrs elles ont été facilement arrêtées par l'introduction d'une canule plus grosse ou l'application de quelques lames d'amadou.

Bien que le résultat final, guérison ou mort, tienne peu au procédé employé, nous ferons néanmoins remarquer que la moyenne fournie n'est pas plus mauvaise qu'avec les autres méthodes. M. de Saint-Germain a obtenu un succès sur un peu moins de quatre opérés, presque un pour trois et demi.

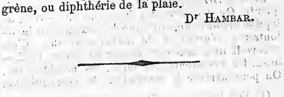
En terminant, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes. Bien pratiquée, cette opération l'emporte sur toutes les autres par sa rapidité ; on peut la faire en quinze, dix, sept et même cinq secondes à partir du moment où le bistouri attaque la peau, jusqu'à celui où la canule est définitivement fixée.

Cette rapidité d'exécution diminue les chances de syncope opératoire.

On perd le minimum de sang.

De plus, nous croyons pouvoir affirmer que l'incision, en elle-même, réunit toutes les qualités : parallélisme parfait, netteté du trajet. On n'a point à aller laborieusement à la recherche de la trachée ; on ne fait point de décollements dans les couches que traverse la plaie comme dans les autres méthodes ; et ainsi on s'expose moins dans la suite aux complications locales, ulcérations, gangrène, ou diphthérie de la plaie.

Dr Hambar.



CONFÉRENCE CLINIQUE

DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

LE SUICIDE (*suite et fin*) (1).

Dans le suicide par *submersion*, la mort est souvent due à une syncope qui arrive quelquefois avec une rapidité extraordinaire. Les bateaux-mouches qui parcourent incessamment la Seine, rendent un service énorme, car à peine un homme s'est-il jeté à l'eau, qu'on lui lance une bouée de sauvetage, et c'est bien rare qu'il ne soit pas retiré aussitôt. Malgré cette rapidité, on amène souvent un cadavre, car il y a eu presque immédiatement syncope mortelle. D'autres fois, on ramène des noyés qui ne donnaient plus signe de vie depuis longtemps. La décomposition de ces cadavres se fait plus rapidement qu'on ne le dit dans les livres. Après trois jours en été, les yeux deviennent saillants et l'épiderme se détache, et de là des résultats trompeurs, et des erreurs grossières.

Je me rappelle que, tous les matins, en me rendant à la clinique de Trousseau, j'avais l'habitude d'entrer à la Morgue. J'y fus bientôt connu, ce qui me facilita les renseignements auprès d'un greffier qui avait remarqué ma visite quotidienne. Je me suis aperçu alors, que dans mes appréciations sur l'âge et sur la durée du séjour dans l'eau, je commettais les erreurs les plus grossières. Ainsi, un sujet que je croyais âgé de trente ans, en avait en réalité quinze, un autre auquel j'en attribuais quarante, n'en avait que seize. Plus tard mes appréciations rectifiées devinrent moins erronées.

Si vous êtes requis par l'autorité, au moment où l'on vient de retirer un cadavre, faites bien attention à l'âge et à la durée du séjour dans l'eau. Certains noyés portent des traces de blessures ou de strangulation. Considérez attentivement si ces blessures ont précédé la mort ou si elles lui sont postérieures. Ne vous hâtez jamais de répondre, et ne vous imaginez pas qu'il est nécessaire de vous croire infaillible; il vaut mieux dire: Je ne sais pas.

Un individu a pu commettre plusieurs tentatives du suicide. Il a commencé par se faire sauter la cervelle; n'ayant pas réussi, il s'est donné des coups de couteau, la mort n'arrivant pas assez vite, il s'est traîné à l'eau. Il n'y a pas là d'imagination, ces cas existent.

Il importe toujours de passer un examen des organes génitaux et surtout de l'anus, car beaucoup de crimes mystérieux ont, comme note secrète, un acte préalable de sodomie.

Dans la *Strangulation*, l'érection est assez fréquente. On y observe des émissions de sperme, de liquide prostatique, ainsi que des évacuations involontaires d'urine et de matières fécales. C'est encore là qu'il faut tout passer en revue, la chemise, les vêtements, les tapis, les meubles, etc. On peut arriver à commettre la strangulation dans toutes les positions imaginables, on peut également se pendre dans toutes les situations, car les suicides par suspension incomplète sont aujourd'hui hors de doute.

Brierre de Boismont a trouvé que, sur 174 cas de suicide par pendaison, 124 avaient à leur portée, le sol ou un support quelconque; 6 s'étaient pendus dans leur lit, les genoux pliés, les pieds reposant en plein sur le matelas et étaient accroupis à genoux ployés en deux; 4, après s'être attachés aux colonnettes de leur lit, s'étaient laissés glisser à terre et leur corps était ainsi presque parallèle au sol; 11 étaient assis; l'un d'eux était dans un fiacre, la tête contre l'une des glaces et passée simplement dans une des ganses servant de poignées, il n'y avait pas d'autres liens.

Un pharmacien, qui est resté pendant trente ans à Mazas, et qui dessinait très habilement, a eu la curiosité de représenter tous les pendus de l'établissement dans la situation où on les trouvait. Il est aujourd'hui en possession d'un album extraordinaire qu'il y aurait intérêt à faire graver et à publier. Tous les médecins de l'établissement l'ont encouragé et complimenté. J'ai fait moi-même, inutilement il est vrai, des démarches et des tentatives en haut lieu pour que l'administration se chargeât de cette publication dont la gravure coûterait de huit à dix mille francs. On serait bien étonné en voyant dans quelle position on peut se donner la mort par strangulation. Comment n'être pas surpris en voyant qu'un individu a pu se pendre dans une situation presque horizontale. C'est donc avec raison qu'on a avancé qu'il était possible de se pendre en attachant le lien à la petite clef du dernier tiroir d'une commode.

Il y a vingt-cinq ans j'ai accompagné dans ses voyages un malade qui avait déjà commis vingt-deux tentatives de suicide. C'était un persécuté atteint d'hallucinations de l'ouïe. Cet homme, très intelligent et dont la mémoire était extraordinaire, avait beaucoup lu et beaucoup voyagé, visitant les musées et les objets d'art. Très versé dans l'archéologie et les beaux-arts, il m'apprenait beaucoup de choses par sa conversation qui était fort intéressante. Ma situation n'était cependant pas des plus agréables, car cet homme devait finir par le suicide. C'est à tort que l'on a dit qu'on ne recommençait pas une tentative avortée. C'est le contraire qui est la vérité. On peut dire: il a essayé, il y reviendra. Mon malade avait lu tous les livres écrits sur le suicide, et il y en a de bien mauvais.

Il me soutenait qu'on pouvait se pendre dans toutes les situations possibles. Je ne pouvais pas toujours échapper par un faux-fuyant à une conversation sur un sujet si brûlant. Je soutenais naturellement le contraire « *medicus pie mendax.* »

Un jour me rendant chez lui à l'heure habituelle, je trouve sa porte close. Je frappe trois fois sans obtenir de réponse. Prévoyant une catastrophe, je descends aussitôt prévenir l'autorité, nous étions alors dans une ville du midi, je prie le commissaire de venir ouvrir cette porte, en le préve-

(1) Voir le *Concours Mérical*, n° 28

nant du suicide et en lui racontant les tentatives précédentes. On enfonce la porte et on trouve pendu à l'espagnolette d'une porte-fenêtre cet homme de haute taille (1 mèt. 85 cent.) qui s'était accroché avec son foulard. Il se trouvait dans une position telle qu'il était à genoux, à demi accroupi, les fesses reposant sur les talons. L'espagnolette était située à environ un mètre au-dessus du sol.

Donc, on peut se suicider par strangulation dans n'importe quelle position.

Dans les suicides de ce genre, la question du lien est très importante. Quelquefois le sillon est à peine marqué, c'est le cas des liens très larges, comme il est arrivé à Charenton dans une circonstance où le suicidé s'était servi d'un drap de lit.

D'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, le sillon est profond. Il est d'autant plus profond, du reste, que le lien est plus faible. Quand c'est une petite corde, il n'est pas rare de pouvoir le parcourir avec le doigt.

Si l'homicide est rarement commis par les *armes à feu*, il n'en est pas de même du suicide. Presque tous se frappent à la tête, d'où cette expression : « *se brûler la cervelle.* » Un relevé de trois cent soixante-huit cas de suicide par armes à feu, nous montre que deux cent quatre-vingt-dix-sept fois les blessures siégeaient à la tête et soixante-huit fois à la poitrine, et trois fois seulement à l'abdomen.

La mort n'arrive pas toujours sur le coup, et l'on assiste quelquefois à cette agonie dernière d'un homme défiguré qui sent qu'il n'est pas mort et qui cherche un autre moyen de suicide pour s'achever.

A l'âge de vingt ans, j'étais interne dans un asile d'aliénés en province (c'est ainsi que j'ai commencé ma carrière), situé à douze ou quatorze cents mètres de la ville. Un jour, au moment d'entrer dans l'asile, j'entends une détonation qui paraissait sortir d'une petite ruelle voisine. Je m'y précipite aussitôt et je reconnais, malgré la défiguration, un avoué de la ville. Il s'était enlevé le nez, fracturé les maxillaires et déchiré la commissure labiale. Je l'avais reconnu à ses favoris et à sa coiffure. Dans ses mouvements convulsifs, il faisait le geste de vouloir fouiller dans sa poche, j'y porte la main et j'y trouve un rasoir. Il n'est pas rare qu'un individu, s'étant manqué, prenne un autre moyen pour en finir. Il absorbera du laudanum, il se jettera par la fenêtre, etc.

Les plaies, dans le suicide par les armes à feu, sont souvent horribles. Ce sont diverses déchirures de la face, la fracture des maxillaires ou de la base du crâne à l'union du sphénoïde avec l'occipital. Une charge considérable peut emporter le frontal, fracturer les pariétaux, projeter la voûte crânienne. On a vu des cas où le cervelet est resté seul, le cerveau ayant été complètement emporté. Bien plus, on a vu un fusil chargé double décapiter complètement un homme. Dans ce cas l'individu agit avec le pied sur la détente. Un simple coup de pistolet tiré à bout portant suffit parfois à produire la décapitation complète.

Aux derniers jours de la Commune, Monseigneur Surat, évêque *in partibus* et coadjuteur bénévole de Monseigneur Darboy, se trouvait à la Roquette. C'était le 25 mai, l'archevêque de Paris avait été fusillé le 24. On ouvre la prison, l'évêque sort, va droit devant lui, mais se trompant de chemin, il arrive à une barricade qui n'était pas encore prise. Une femme que j'ai beaucoup vue et connue, qui m'a fourni un grand nombre de renseignements, s'approche et lui tire à bout portant un coup de pistolet qui le décapite au point que son corps n'a pu être exposé avant l'enterrement. Cette femme était épileptique, elle avait une jambe de bois. Elle fut condamnée à mort par le conseil de guerre. Prévenu à temps de ce fait, j'envoyai une note télégraphique. L'exécution fut contremandée et bientôt l'épileptique était expédiée dans un asile d'aliénés de province.

Dans les blessures de la poitrine, il y a souvent deux ouvertures. Celle de l'entrée est ronde, parfois dentelée, tantôt plus grande, tantôt plus petite que celle de sortie. Il n'est même pas rare que la côte voisine soit fracturée. Les bourres mettent quelquefois le feu à la chemise, aux vêtements, déterminent des brûlures à la peau. C'est là un signe excellent que l'on a affaire à un suicide et non à un assassinat. On a vu, dans certains cas, le feu se communiquer à l'appartement.

Le suicide par *précipitation* est encore assez fréquent à Paris, à cause des monuments élevés du haut desquels il est facile de se jeter, malgré la surveillance incessante des gardiens qui ne doivent pas quitter les visiteurs qui montent aux tours de Notre-Dame, à la colonne de Juillet, à l'arc de l'Etoile, etc.

Il arrive quelquefois que l'individu relevé ne présente aucune lésion, même à l'autopsie, il a succombé à une violente commotion cérébrale. Dans cette circonstance, il s'opère un tassement et un retrait de la masse encéphalique qui sont le grand signe de la commotion cérébrale. Celle-ci se produit surtout quand la chute a lieu sur les pieds, les talons, les genoux ou les fesses. Il est facile d'en avoir une idée en sautant d'un endroit peu élevé, de façon à retomber sur les talons. Dans sa chute, l'individu peut aussi être retenu par un rebord d'auvent qui empêche parfois les blessures, mais n'en détermine pas mois une commotion mortelle. Pourquoi les femmes préfèrent-elles ce genre de mort? Je n'en sais rien, je n'en connais pas la cause. Passons sur ce fait.

Dans le suicide par *instruments tranchants*, on emploie généralement le rasoir. On se coupe la gorge en avant sur la ligne médiane. La direction de la blessure est très importante à étudier. Certains cas qui paraissent incompréhensibles s'éclaircissent aussitôt qu'on apprend que la personne était gauchère. C'est ainsi que de prétendus assassinats se transforment en vulgaires suicides. Le rasoir détermine une plaie béante, affreuse, mais qui n'entraîne pas toujours une mort immédiate. Le médecin appelé veut alors faire des ligatures et un pansement. Pendant qu'il cherche à tordre une artère et qu'il se perd dans cette région cervicale si riche en vaisseaux de toutes sortes,

il est empêché par l'individu qui, ayant conservé la conscience de son état, arrache le pansement, tire sur les fils et lutte contre le médecin qui est occupé à le soigner. Je ne veux pas évoquer ici le souvenir de ce médecin qui, s'étant ouvert la gorge, battait et frappait le confrère qui le pansait. C'est pendant cette lutte épouvantable que la mort est arrivée.

D'autres se frappent au cœur, à la poitrine, à l'abdomen, avec un couteau ou un poignard. Les aliénés, les alcooliques aigus emploient volontiers ces moyens. Quelquefois le chiffre des tentatives est énorme et l'on observe une grande multiplicité de coups. Certains individus ont ainsi la poitrine labourée de cicatrices qui témoignent de ces tentatives inutiles.

Le suicide par *empoisonnement* est moins commun, et je ne possède guère de renseignements particuliers à ce sujet. Il faut surtout prendre en considération les résultats de l'autopsie et de l'analyse chimique des liquides.

L'écrasement est un suicide terrible qui laisse peu de chose à constater. Que reste-t-il, la plupart du temps, d'un individu qui s'est précipité sous les roues d'une locomotive, d'un omnibus ou d'une voiture chargée de moellons, si ce n'est des amas de chair et des os broyés. Les rapports, dans ce genre de mort, ne réclament pas grande finesse de la part de l'expert.

L'abstinence est la source d'une variété de suicide très en faveur auprès des aliénés, surtout auprès de ceux qui sont atteints de délire mélancolique. Les malheureux s'imaginent volontiers qu'ils mourront rapidement s'ils ne mangent plus, et ils ne savent pas que ce moyen extrême leur permet de vivre un temps relativement long. La mort n'arrive pas dans les établissements, car ces malades sont surveillés et alimentés artificiellement au moyen de la sonde œsophagienne. Quand ils s'aperçoivent qu'au moyen de la sonde passée, une, deux, trois fois en vingt-quatre heures, on parvient à les nourrir très suffisamment et qu'on peut ainsi leur administrer du lait, du bouillon, du chocolat, des médicaments, etc, ils renoncent à leur projet et se remettent à manger.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale.

DEUXIÈME PARTIE : SIXIÈME LETTRE

L'exercice libre

La réforme qui proclamerait la liberté de l'exercice de la médecine aurait, sans contredit, le mérite d'être simple, et point ne serait de s'appesantir sur la rédaction des articles de la loi. A l'exemple de ce qui se fait pour l'art vétérinaire, quiconque aurait envie de soigner ses semblables, exercerait la médecine, jouerait du bistouri et confectionnerait des potions.

Les malades frapperaient à la porte de celui qui saurait leur inspirer confiance : maréchal-ferrant, rebouteur, pharmacien, curé ou même docteur en médecine, car il faudrait bien que l'Etat, protecteur naturel des faibles et des ignorants, indiquât à tous, au moyen d'un titre conféré par lui, ceux d'entre ces guérisseurs de tout ordre et de toute robe qui lui paraîtraient présenter des garanties suffisantes.

Chacun, d'ailleurs, exercerait la médecine à ses risques et périls, et les articles du code qui punissent l'homicide, les blessures, les mutilations et les empoisonnements pourraient toujours atteindre ceux dont le succès ne couronnerait pas les efforts, sans parler des actions civiles qu'intenteraient au médecin malheureux, les clients mécontents.

Nous avons signalé déjà cette thèse soutenue par un de nos confrères, nous n'insisterons donc pas: de l'excès du mal devrait sortir un état de choses parfait, grâce à l'esprit de contrôle et de discernement que ne manquerait pas de faire naître, dans le public, la crainte salutaire d'être occis par le premier ignorant venu.

Devons-nous le dire ? La liberté de l'exercice de la médecine ne paraît pas avoir fait de nombreux adhérents parmi nos confrères : elle n'est réclamée que par un bien faible nombre, 3 0/0, encore peut-on voir chez ses partisans percer un profond découragement en présence de l'inefficacité de la répression de l'exercice illégal.

Les projets présentés sont tous sensiblement les mêmes ; ils édictent :

1o L'exercice de la médecine est libre.

2o Le titre d'officier de santé est supprimé.

3o L'Etat confère le titre de Docteur à la suite d'examens probatoires, subis devant les Facultés de médecine.

4o Les Docteurs en médecine ont seuls qualité pour délivrer des certificats valables en justice, pour être choisis comme experts devant les tribunaux, ou pour rédiger des rapports sur les questions d'hygiène et de salubrité publiques.

5o La patente médicale est supprimée.

L'article 2, relatif à la suppression de l'officiat, a particulièrement soulevé des récriminations : comment ! disait-on, alors que tout le monde aura le droit de faire de la médecine, l'officier de santé *qui a des connaissances et qui présente des garanties* n'aura plus sa place parmi les médecins! il sera mis au rang des empiriques de toute sorte que la loi fera pulluler !

Nous ne discuterons pas ces prescriptions diverses qui ne pourraient acquérir de l'importance que si le principe de la liberté était admis ; c'est ce principe lui-même que nous devons examiner, et il faut bien le reconnaître, il paraît aussi peu admissible en pratique, que peu sympathique à nos législateurs.

La question s'est présentée devant les Assemblées législatives, notamment en 1871, lorsque M. Naquet proposa la réorganisation de l'enseignement de la médecine : or voici comment, dans son exposé des motifs, M. Naquet s'exprime à ce sujet :

On demande la liberté complète de l'exercice de la médecine. On ne croit pas que le médecin doive être tenu de justifier de sa capacité, autrement que par la pratique. Dans ce système, les diplômes ne seraient

plus qu'un moyen volontairement recherché par les hommes de mérite pour se mettre en valeur. La concurrence ferait le reste. Les universités privées se chargeraient de les délivrer comme le faisait l'Ecole centrale pour les ingénieurs civils, lorsqu'elle n'appartenait pas encore au gouvernement.

La question de l'exercice de la médecine est une question à part; mais que les lois dirigées contre l'exercice illégal soient ou non à abroger, il faut que le médecin capable puisse être reconnu par tous; il faut que l'homme éclairé, qui ne veut pas confier sa santé, et celle de sa famille, au premier charlatan venu, ait le moyen de distinguer le médecin qui a une valeur de celui qui n'en a aucune.

Or, il est très difficile, sinon impossible, à un homme du monde, de porter un jugement sur la capacité d'un médecin. Ici l'expérience n'est pas probante. Mourir ne prouve pas qu'on n'ait pas reçu les soins les plus éclairés; guérir ne signifie pas qu'on n'ait pas été traité en dépit de toutes les règles de l'art. Du reste, en admettant même qu'à la longue, une expérience prolongée pût permettre au public de discerner le bon du mauvais praticien, cette expérience entraînerait des désastres, et le jugement, pour être fondé, exigerait souvent un nombre considérable de victimes.

Nos confrères pensent remédier à ce vice radical en maintenant le diplôme de docteur délivré par l'Etat; mais ne voient-ils pas que des universités libres pourront se créer, qui délivreront des diplômes? Et quels seront ces diplômes? Quelles garanties présenteront-ils? Pourquoi vaudraient-ils mieux que ceux d'*Iéna* et de *Philadelphie*? Conçoit-on un cénacle de rebouteurs, de marcous, sorciers, etc..., délivrant des diplômes? Et qui pourrait les empêcher d'avoir des élèves, auxquels après examens, ils délivreraient des parchemins?

On retirera aux particuliers le droit de faire figurer sur ces parchemins le titre de *docteur*, — on mettra *médecin* et le tour sera joué. Le médicastre se gardera bien d'usurper un titre qui ne ferait que l'embarrasser; il se contentera de placer son *diplôme* dans l'endroit le plus apparent de son cabinet et ne manquera pas de faire constater *de visu* à ses clients, qu'il est *dûment reçu* et que, par conséquent, il peut marcher de pair avec son confrère du *Coin du quai*.

Pour le public qui ne distingue pas entre les différents grades, quiconque exerce la médecine est un médecin, et le médecin qui montrera un parchemin quelconque, imprimé et revêtu de cachets plus ou moins nombreux, sera un *médecin reçu*, en qui tout le monde peut avoir confiance.

On nous accordera bien que nous sommes quelque peu fondés à croire que l'Etat ne verrait pas d'un bon œil naître tant de *facultés libres*, et plus que jamais, se creuser un abîme entre diverses catégories de citoyens; car il faut bien penser qu'une telle organisation ouvrirait le champ libre au parti politique que le gouvernement actuel combat avec le plus d'acharnement.

Nous n'insistons pas, tous nous comprennent de reste. Mais il est un autre point de vue qui mérite de nous arrêter.

N'est-on pas effrayé du nombre prodigieux de crimes que ferait commettre cette liberté de l'exercice médical? Nous ne voulons pas seulement parler des empoisonnements qui deviendraient à coup sûr plus faciles, ou des crimes commis volontairement par des gens qui ne reculeraient pas devant semblable besogne; nous envisageons aussi les cas où des enfants, des vieillards gênants se verraient confiés aux mains les plus ignorantes et ne pourraient obtenir les soins éclairés de l'homme de l'art, du docteur en médecine.

Qu'arrive-t-il trop souvent? C'est que seule, l'opinion publique oblige les parents à appeler le médecin près du malade : obligation morale, sans doute, mais devant laquelle bien peu de gens osent reculer. Et combien de fois, même tardivement appelé, le médecin ne parvient-il pas à rappeler le malade à la santé? Avec l'exercice libre, on ira chercher le premier ignare venu, on répondra aux voisins qu'on a appelé le médecin... et le malade s'en ira rejoindre ses aïeux.

Et qui pousuivra ces crimes s'ils ne sont pas dénoncés? Faudra-t-il d'urgence autopsier tous les cadavres, ouvrir une enquête sur tous les décès?

On menace de poursuites les incapables et les ignorants, mais on parait oublier que certains décès sont ardemment attendus, et que dans ce cas, on n'appellera certainement pas les *princes de la science*, à plus forte raison ne récriminera-t-on pas si l'issue de la maladie a été funeste.

Personne ne contestera que l'Etat doive protection aux faibles, aux enfants, aux vieillards, à ceux qui, pour une cause quelconque, sont hors d'état de se défendre par leurs seules forces, il faudra donc mettre ces diverses catégories à l'abri des charlatans, comment fera-t-on?

Ce n'est certes pas un enfant qui peut apprécier les qualités et le savoir de son médecin; qui donc protégera sa vie, si on admet légalement, à lui donner des soins, le premier imbécile ou coquin venu?

A moins toutefois qu'on ne nous réponde par cette fameuse *liberté du père de famille*, liberté de se débarrasser de ses enfants!

Et le malade lui-même est-il en possession de toutes ses facultés? ne faut-il pas le ranger au nombre de ces êtres faibles qui ont droit à la protection de l'Etat, quels que soient son âge et sa situation sociale?

Mais laissons là les crimes; l'ignorance ne présente pas de moindres inconvénients. Voici un brave homme dont la femme est malade; il s'adresse en toute confiance au médecin voisin qui tue ou laisse mourir la malade; le mari porte plainte; le médecin est reconnu coupable de négligence ou d'ignorance; il est condamné cela rendra-t-il la vie à la morte?

On répondra que c'était au mari à mieux choisir : l'a-t-on mis en état de faire ce choix plus intelligent? Et ne sera-t-il pas fondé à reprocher à la société la triste situation où celle-ci l'aura jeté?

Mais, nous voyons venir le grand argument : *aux Etats-Unis*...... oui, sans doute, la liberté y est illimitée, mais la sécurité individuelle y laisse grandement à désirer!

Et puis, nous sommes en France et prétendons y rester; aussi demandons-nous instamment le maintien de la prohibition :

Nul ne peut embrasser la profession de médecin, s'il n'a été examiné et reçu comme il est prescrit par la présente loi.

Nous voulons même, qu'à cette prohibition, aucune exception ne puisse être faite, car nous avons l'audace de prétendre que celui qui n'a pas fait d'études est un ignorant, portât-il sur le dos quatre aunes de drap gris ou noir!

Dr A. Gassot, *de Chevilly* (Loiret),

II

Les Certificats administratifs

Cher confrère,

Chaque arrondissement compte un médecin assermenté chargé de délivrer des certificats aux employés des administrations de l'Etat. Tout certificat d'un autre médecin doit être considéré comme nul, si le médecin assermenté n'en délivre un second conforme au premier.

Il y a, dans ce mode d'agir, quelque chose de choquant, d'outrageant pour la dignité du Corps médical tout entier.

L'existence du médecin assermenté est un non-sens, non-seulement parce qu'elle peut laisser supposer que seul, ce médecin est assez honnête pour dire la vérité, que seul, il est capable de poser un diagnostic irréprochable et de prévoir les conséquences d'une maladie, mais encore parce qu'il est absurde de demander à un médecin de délivrer un certificat pour une maladie dont il n'a jamais eu connaissance.

Les trois faits suivants peuvent donner une idée de la manière dont se passent les choses dans certains endroits.

I. — Un de mes clients, facteur rural, après avoir, pendant douze heures, parcouru les neiges abondantes qui avaient fait disparaître la trace des chemins dans la nuit du 3 au 4 novembre 1879, rentra chez lui avec tous les symptômes d'une bronchite. Après des alternatives de mieux et de mal, mon client meurt d'une phthisie catarrhale. Sa veuve sollicite un secours, et je délivre un certificat qui est expédié au médecin assermenté. Celui-ci délivre un second certificat et, *sans avoir jamais vu mon client,* attaque violemment mon diagnostic en prétendant, et en écrivant sur sa feuille de papier timbré qu'il ne s'agissait que d'une *pleurite* ou d'*une pneumonie méconnue ou mal soignée.*

Invité par l'administration à changer mon diagnostic, je ne fais que confirmer ce que j'avais écrit, et j'invite M. le directeur des postes à soumettre le cas à une assemblée de médecins, déclarant qu'un seul médecin ne pouvait avoir la prétention de juger la controverse. J'ai appris depuis, que d'autres confrères avaient reconnu qu'on pouvait mourir de *phthisie catarrhale* et que la veuve du facteur avait obtenu une pension, sans le secours du médecin assermenté.

II. — Un instituteur, sollicitant sa mise à la retraite, pour faiblesse de la vue, va trouver le médecin assermenté; mais celui-ci ne trouvant rien dans les yeux, lui refuse un certificat. Je reconnais cet instituteur atteint de cataracte, et deux autres confrères confirment mon diagnostic. Muni de nos trois certificats, l'instituteur a pu apprendre que l'administration satisfaite, n'exigeait plus un quatrième certificat du médecin assermenté.

III. — Une receveuse des postes, à laquelle je donne mes soins depuis trois ans, sollicite un congé. Je lui délivre un certificat qu'elle expédie au médecin assermenté, en le priant de lui en délivrer un conforme, car elle ne peut aller le trouver dans la semaine et elle sait que le dimanche M. le docteur ne reçoit pas. Le médecin assermenté refuse un certificat, ne pouvant baser ses appréciations sur celles de ses confrères, et prie ma cliente de venir le trouver le dimanche suivant dans la commune de X... à 10 kil. de chez elle, où il passera la journée.

Un autre confrère délivre un certificat, et, munie de nos deux attestations, ma cliente a pu obtenir son congé.

A quoi donc servent les médecins assermentés?

En réclamant leur suppression, le *Concours* méritera une fois de plus les félicitations du Corps médical.

28 juin. Veuillez agréer, etc.,

Dr Degoix.

COURRIER

Monsieur le Directeur,

Je lis avec le plus vif intérêt chaque numéro du *Concours médical*, et je viens de terminer maintenant la lecture de l'article consacré à l'empyème. Voulez-vous me permettre d'ajouter une petite note à cet article, pour le compléter en quelque sorte, et en même temps pour rendre justice à une découverte de mon ancien maître, M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille?

Sans vouloir méconnaître l'incontestable utilité des solutions de teinture d'iode, d'alcool ou d'acide phénique, employées en injections dans la plèvre, à la suite d'une opération d'empyème, on rencontre parfois des cas rebelles où ces liquides sont d'une inefficacité complète. En se trouvant devant un cas semblable, M. Houzé de l'Aulnoit eut l'idée de recourir à l'emploi de l'eau salée.

En 1876, une jeune femme de vingt-six ans avait subi l'empyème dans son service. Chaque jour, pendant deux mois, des solutions de teinture d'iode, et de permanganate de potasse avaient été poussées dans la plèvre sans pouvoir arrêter la fétidité des produits du foyer, ni faire disparaître les phénomènes d'infection putride. Le professeur, attribuant ce résultat à la rétention du pus dans les points déclives, eut la pensée de l'attaquer par un liquide d'une densité plus considérable, capable de le déplacer et de l'obliger à remonter à sa surface ou à se mélanger avec lui d'une façon intime. Il adopta une solution de chlorure de sodium, marquant 18°, à l'aréomètre de Baumé. La première injection pratiquée, après des lavages qui ne ramenaient plus rien au dehors, fit encore sortir une notable quantité de pus.

Je termine cette première observation par quel-

ques lignes extraites de la *Gazette médicale* du 13 septembre 1878 : « Ayant employé cette solution en injection dans la cavité pleurale, chez la malade dont il a été question, M. Houzé de l'Aulnoit obtint l'évacuation d'une grande quantité de pus. Les injections furent répétées journellement pendant deux mois ; les frissons ne se renouvelèrent plus, l'énergie fonctionnelle se réveilla, la malade quitta l'hôpital guérie, et cette guérison s'était maintenue dix-huit mois plus tard, quand l'auteur eut l'occasion de la revoir. »

Des injections d'eau salée furent faites, en 1878, dans un deuxième cas d'empyème, chez un enfant de onze ans. Après six semaines de traitement, la guérison était parfaite.

Mais la supériorité des solutions de chlorure de sodium, a été démontrée surtout chez une jeune fille de vingt-quatre ans, qui avait subi l'empyème à Paris, dans le service de M. Mouton-Martin. A la suite de cette opération, deux fois par jour, pendant près de deux ans, des injections de toutes sortes avaient été faites dans la plèvre sans tarir l'écoulement, sans même faire cesser la fétidité du pus. En 1879, cette jeune fille fut amenée dans le service de M. Houzé de l'Aulnoit Elle était dans un état d'émaciation déplorable : le teint était terreux et la faiblesse extrême; la fièvre ne la quittait pas. Les injections d'eau salée furent commencées. Au bout de cinq mois, elle pouvait marcher et présenta t tous les signes d'une brillante santé. Cependant, la plaie ne fut complètement cicatrisée qu'un an plus tard.

On trouve encore, dans le numéro de la *Gazette médicale*, que j'ai cité : « M. Houzé de l'Aulnoit attribua au chlorure de sodium, employé dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, une quadruple action : action évacuatrice par le fait de la densité de la solution employée; action sur les globules rouges, dont elle stimule les propriétés; action excitante sur les parois de la cavité, siége de la suppuration ; action sur la nutrition générale. »

Si vous croyez, comme moi, monsieur le Directeur, que cette communication peut être utile à nos confrères, vous leur rendrez service en la publiant.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de ma plus profonde considération et de mes meilleurs sentiments de bonne confraternité.

Dr DECOUVELAERE.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Cher confrère et honoré directeur du *Concours médical*,

Je vous ai promis de vous rendre compte de la tentative que nous allions faire, de former un syndicat médical dans la Nièvre, en profitant de la réunion générale annuelle de l'Association des médecins.

La réunion a eu lieu à Nevers le lundi 27 juin, elle se composait de 28 membres — Pour préparer notre réunion hors séance, j'avais, dans mon allocution comme vice-président délégué à la séance générale de l'Association a Paris, dit, en résumant, le compte-rendu de M. le Dr Chereau :

« Des trois grandes devises qu'il (M. Chereau) a justement inscrites sur le drapeau de l'Association : *Assistance — Moralisation — Protection* — les deux premières, (la première surtout), sont admirablement « mises en pratique ; quant à la troisième elle n'a pas « répondu aux expériences conçues. — Non ! jusqu'ici « il faut bien l'avouer, l'Association générale n'a pas pu « réaliser les expériences que chacun de nous était en « droit d'avoir — L'Etat ne nous écoute guère, ne nous « écoute pas, dans nos revendications légitimes. La mé« decine illégale fleurit comme à ses plus beaux jours, les « empiriques mâles et femelles continuent leurs exploits, « encouragés par des pénalités dérisoires en cas de con« travention constatée, et, par notre indifférence ou notre « découragement, les sœurs exercent la médecine et la « pharmacie au grand jour avec chevaux et voitures; « quelquefois elles entreprennent des cures à forfait ou « par abonnement — Les pharmaciens, pour se dédom« mager sans doute du tort qui leur est fait, tiennent ou« verts des cabinets de consultation à tout venant, et « donnent, avec leurs conseils, une quantité de médica« ments simples ou composés dont le prix les rémunère « amplement de leurs peines — Le gouvernement, les « communes, nous demandent pour les pauvres, pour les « enfants assistés ou en surveillance, comme pour les « tribunaux, les conseils d'hygiène, des soins, des visites, « des tableaux, des rapports à des prix nullement rémuné« rateurs et d'une médiocrité ridicule, sinon complète« ment gratuits — et ce qui est plus étonnant, c'est que, « tout en nous plaignant, tout en récriminant, nous ne « voudrions pas êtres privés de ces places et de ces sa« laires — ces places sont recherchées comme des faveurs. « Les Sociétés de secours mutuels voudraient faire soi« gner pour rien, ou presque pour rien, leurs membres « titulaires et aussi leurs membres honoraires! — Le pu« blic tout entier cherche à se soustraire au paiement « des honoraires du médecin, ou tout au moins à les « payer le moins possible.

« Et pourquoi tout cela?

« Il faut le dire hautement, par notre faute ! Parce que « nous ne sommes pas unis, parce que nous ne savons pas « nous défendre, parce que nous ne sommes pas sûrs les « uns des autres, et que nous voulons marcher isolés, « n'ayant, les uns dans les autres, qu'une confiance très « modérée, trop modérée !

« L'Association générale a fait faire un grand pas à « l'esprit de bonne confraternité en s'adressant au cœur « de chacun de nous. Elle a créé l'assistance pour les « déshérités de la profession ; elle est parvenue à nous « unir sur le terrain de la Charité ; c'est quelque chose ! « C'est beaucoup ! Elle a fait plus encore, ou du moins elle « est en train de le faire, elle a créé des rapprochements, « elle nous fait entrevoir que nous pourrions bien vivre « mieux ensemble, et que notre union ferait notre for« tune.

« Seulement, ce n'est plus à elle de nous défendre dans « nos foyers. Son grand rôle s'arrête à l'atténuation de « nos misères, au soulagement de nos malheurs, à la re« vendication publique de nos droits, à la protection gé« nérale de la profession, à la direction et au groupement « de nos plaintes.

« Mais peut-elle entrer plus avant dans nos affaires par« ticulières. Non ! C'est à nous à nous défendre chez nous, « à chercher un remède pratique, efficace et prochain à « nos plaies intimes, locales, que seuls nous connaissons « à fond, et qui varient, de profondeur seulement, sui-

« vant les localités. Il paraît même que notre grande asso- « ciation d'après la loi, les règlements et ses statuts, n'a « pas le droit d'entrer dans ces détails. On ne veut pas, on « ne peut pas lui permettre de se mettre à la tête de ce « qu'on appelle..... une coalition. Et ce sont ces maux « locaux, ces plaies diverses qui nous tuent. Tant pis! « Mourez médecins! mais vous ne vous coaliserez pas. — « Pourquoi? parce que vous empêcheriez de vivre les « charlatans!

« Mais ce que ne peut faire l'association, une société « privée, un syndicat peut le faire aujourd'hui!

« Aussi, je vous invite tous, après la séance, à consti- « tuer dans la théorie une société privée pour la défense « de nos intérêts professsionnels. »

Après la séance, tous nos confrères, à part deux ou trois trop pressés, sont restés — Alors j'ai fait les propositions suivantes :

« Chers confrères,

« Puisqu'en séance publique de l'association, il paraît que nous n'avons pas le droit de nous entendre sur les moyens à prendre en commun pour sauvegarder nos intérêts et défendre nos droits, je vous invite à une réunion privée, hors séance, pour constituer à côté, et sous le patronage de notre grande et belle association, un syndicat médical dans le département de la Nièvre, ayant pour but la protection et l'amélioration des conditions de l'exercice médical.

« Comme protection, le syndicat prendra les mesures nécessaires pour empêcher l'exercice illégal de la médecine d'où qu'il vienne et de quelque manière qu'il s'exerce. Les membres s'engageront à aire connaître les personnes qui, dans leur région, exercent illicitement la médecine, et les avertissements ou les poursuites auront lieu au nom collectif des membres du syndicat.

« Il étudiera les moyens d'arriver à obtenir du gouvernement, de la magistrature, de l'administration, une rétribution convenable pour les services commandés et dans lesquels le médecin est nommé.

« Il devra aussi défendre ceux de ses membres injustement attaqués et faire prêter aide dans toutes les questions ayant un caractère professionnel et collectif.

« Pour l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine, le syndicat devra tout d'abord : 1o adopter et faire adopter un tarif d'honoraires.

« 2o Imposer à ses membres des réglements de comptes réguliers, au moins tous les six mois, avec l'envoi d'une note libellée de la même façon pour tous les médecins, et portant que cette manière d'agir est imposée par le syndicat.

« 3o Rechercher le moyen de faire opérer les recouvrements dans les délais légaux, alors que le paiement des honoraires n'aura pas été fait après un ou deux avertissements.

« Jadis dans un compte-rendu à l'association, alors que j'étais sociétaire, j'émettais l'avis qu'un tiers fût chargé de ces recouvrements. L'idée a fait du chemin depuis ce jour, et nous ne sommes pas éloignés de la voir se réaliser.

« 4o Empêcher l'exploitation du médecin. Vous n'ignorez pas qu'un certain nombre de personnes, pour s'éviter de payer les honoraires de leur médecin, en changent à chaque maladie, et, quelquefois, en exploitent plusieurs à la fois. Notes, rappels, tout reste sans réponse. — Et on a payé du moment qu'on n'a plus besoin de l'homme, ou qu'on peut s'adresser à un autre. Ces personnes sont connues, mais pas assez de nous, et il nous faudra, pour parer à cette exploitation ingénieuse, que nous nous communiquions chaque année la liste de ces individus. La chose se fait en Belgique, elle est possible en France; seulement elle doit se faire dans l'intimité.

« 5o Enfin on devra s'occuper des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels.

« Je n'ai fait qu'esquisser les questions qui nous intéressent et qui ressortiront du syndicat. Et pour arriver à cela, que faut- ? De la bonne volonté.

« Suivant moi, le syndicat médical de la Nièvre devrait se composer d'autant de groupes qu'il y a d'arrondissements. Chaque groupe aurait un président, le syndic nommé à tour de rôle pour un an ou deux, et un secrétaire nommé par la réunion en commençant par rang d'âge. Chaque groupe fixerait le lieu et le moment de ses réunions.

« Comme lien entre les groupes, et comme comité d'études et de direction, une commission de 4 membres serait nommée. Cette commission, que j'appellerai commission d'initiative, se réunirait le plus souvent possible, et devrait être composée de gens de bonne volonté. C'est elle qui solliciterait les adhésions et ferait la propagande. Du reste, soyez sans inquiétude, une fois constitué et en activité, le syndicat verra bien venir à lui tous les médecins intelligents et dévoués à la profession.

« Comme moyen d'exécution, et pour frais de correspondance, d'imprimés ou d'autres, une légère cotisation que vous fixerez provisoirement sera suffisante.

« Seulement, pour arriver sûrement il faut agir vite; et notre syndicat doit être formé avant peu.»

« Voilà ce que j'avais à vous proposer, chers confrères, je crois que ces propositions peuvent améliorer notre situation, et nous donner plus de pouvoir et plus de dignité. Si vous êtes du même avis, veuillez donner votre adhésion à la constitution du syndicat médical dans la Nièvre, et nous envoyer des adhérents. »

Dix-sept adhérents se sont inscrits immédiatement.

Voilà où nous en sommes. Sommes-nous arrivés? Non!

Mon intention est de poursuivre l'affaire. Je ne vous parle pas des petites susceptibilités froissées, des petites récriminations. Tout cela n'est rien.

Je vais adresser, à tous nos confrères, une demande d'adhésion ; puis nous réunirons les groupes par arrondissement, et ferons nommer le membre de la commission d'initiative, que nous mettrons immédiatement en action, pour former le plus rapidement possible le syndicat d'arrondissement.

Si vous jugez à propos de publier les explications que j'ai données, serait-ce trop de vous demander d'envoyer un exemplaire du journal à tous les médecins du département, et d'y joindre une formule d'adhésion au *Concours*.

Ce sont, en grande partie, vos idées que j'ai exposées, et suivant moi, tout adhérent du syndicat nivernais deviendra immédiatement, ou sous peu de temps, membre du *Concours médical*.

Du reste j'attends et vos conseils et vos observations.

A vous. MIONOT *(de Pougues-les-Eaux)*

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

6 Août 1881 — 3me Année. — N° 32.

SOMMAIRE

L'Assemblée générale des membres du CONCOURS MÉDICAL *est fixée au dimanche 14 août, à deux heures de l'après-midi.*

L'administration recommande à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la réunion, de vouloir bien lui en donner avis dans le plus bref délai possible, afin qu'elle puisse faire choix d'un local en rapport avec le nombre des membres qui seront présents. Il en est de même pour le repas qui suivra, et pour lequel la cotisation est de dix francs seulement, le CONCOURS *prenant à sa charge les frais supplémentaires. On comprend combien il est essentiel que nos confrères nous avisent à temps de leur intention.*

Nous invitons nos confrères à venir à cette importante Assemblée. Nous leur demandons de négliger, pour cette circonstance seulement, leurs occupations professionnelles. Nous faisons tous nos efforts pour le bien commun et réclamons leur assistance. Il s'agit de traiter de nos affaires à tous. On voudra venir nous donner ce gage de solidarité.

Réunion à 2 heures, dans les salons du grand Véfour, au Palais-Royal. Repas à 6 heures.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le succès continue à couronner toutes les tentatives de vaccinations anti-charbonneuses faites en suivant le procédé indiqué par M. Pasteur. C'est ainsi que, dans la dernière séance de l'Académie, le secrétaire de la commission d'études des maladies charbonneuses dans le département d'Eure-et-Loir, M. *Boutet*, vétérinaire à Chartres, et membre correspondant de l'Académie, est venu lire un travail intitulé :

Expériences sur la vaccination préventive du charbon chez les moutons.

Ces expériences ont été faites par la commission qui s'est réunie le 16 juillet, à la ferme de Lambert, commune de Barjonville, près Chartres, où elle avait réuni depuis quelques jours, au milieu d'un pré, 16 moutons récemment achetés dans les environs, et 19 moutons du troupeau d'Alfort, vaccinés préventivement par M. Pasteur. 35 moutons furent inoculés, au moyen de la seringue de Pravaz, *avec du sang d'un mouton mort du charbon depuis moins de douze heures*. Ce dernier point est important à signaler, car les expériences précédentes, ayant été faites par M. Pasteur avec du *liquide dit de culture*, pouvaient n'être pas aussi concluantes. Il était bon de se mettre à l'abri de ce reproche.

Chaque animal fut inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, avec une dizaine de gouttes de sang charbonneux.

Le lendemain, la commission constata que pas un mouton d'Alfort n'avait succombé, que pas un ne paraissait même indisposé ; par contre, 10 moutons du lot beauceron étaient morts et plusieurs étaient tristes et abattus. 5 autres moutons beaucerons, sur 6 qui restaient, moururent, les uns dans la journée et les autres le lendemain. Un seul a survécu. Tous les cadavres présentaient, à l'autopsie, les lésions caractéristiques du charbon. Quant aux moutons d'Alfort, ils ont tous continué à se bien porter.

Ainsi, en résumé, 19 moutons, qui avaient subi la vaccination préventive, ont tous résisté à l'inoculation charbonneuse, tandis que, sur 16 moutons qui n'avaient pas été soumis à cette vaccina-

tion préalable, la même inoculation en a tué 15. La conclusion de la commission est que la vaccination préventive du mouton met complètement la bête à l'abri du charbon.

Reste à savoir *combien de temps durera cette immunité;* c'est ce que la commission locale d'Eure-et-Loir se propose d'étudier ultérieurement.

M. *A. Gautier* vient de faire une série d'expériences sur le venin du cobra qui, injecté à la dose de 1 milligramme dans un quart de centimètre cube d'eau sous la peau d'un petit oiseau, tel qu'un moineau franc ou un pinson, le tue en cinq ou douze minutes. Les symptômes observés sont d'abord de l'étonnement, de la torpeur, du coma, puis une période d'excitation avec mouvements convulsifs et contracture tétanique.

Telle est l'action du venin normal. Si on le soumet à une ébullition prolongée, ou, après l'avoir humecté, à une température de 125 degrés durant plusieurs heures, il n'en garde pas moins toute son activité toxique. On ne peut donc pas dire que cette action soit due à la présence d'un ferment, ou à une matière albuminoïde, car la chaleur, dans de telles conditions, coagulerait l'albumine et détruirait tout ferment.

Il s'agit ici d'alcaloïdes et de substances neutres, agissant proportionnellement à leurs doses, et que M. Gautier étudie en ce moment.

Quels peuvent être les contre-poisons qui neutraliseraient ces venins?

M. Gautier en a mélangé successivement une certaine quantité avec du tannin, avec du perchlorure de fer étendu, avec du nitrate d'argent en solution faible, avec des essences diverses, avec de l'ammoniaque, avec du bicarbonate de soude et de potasse. Aucun de ces corps n'a empêché le venin d'amener la mort des animaux auxquels ce mélange a été inoculé. Seules, la potasse et la soude caustique ont eu cet effet, quand on en mêlait avec les venins une solution telle, qu'un litre en put neutraliser 15 grammes d'acide sulfurique.

L'expérimentateur a aussi constaté que l'acide gastrique mêlé aux venins, loin de les détruire, les rendrait encore plus actifs; bien qu'introduits dans l'estomac des animaux et absorbés par les voies digestives, les venins des serpents ne tuent pas.

M. A. Gautier revient sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, et dans laquelle il établissait la présence dans la salive, mais en très petite quantité, d'un alcaloïde semblable à celui qu'il a isolé du venin du trigonocéphale ou de celui du naja. Cet alcaloïde produit, sur les animaux, des phénomènes de stupeur dont ils se réveillent lentement, et qui ressemblent à la première période de l'empoisonnement par le venin du serpent à forte dose, ou à ce qu'on observe, quand la dose de ce venin est insuffisante pour amener la mort.

M. *Dujardin-Beaumetz* dit qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si le venin de serpent peut être absorbé sans danger par les voies digestives, bien que l'acide gastrique en développe encore l'activité. Il rappelle que, d'après des expériences récentes, certains alcaloïdes sont détruits dans le foie : c'est ainsi que le venin du serpent, absorbé par les voies digestives, est amené par la veine porte dans le foie, où il perd ses propriétés.

M. *Colin* avait déjà constaté l'innocuité des venins absorbés par les voies digestives : il a fait manger des glandes à venin de vipères par des lapins, qui n'en ont éprouvé aucun accident. D'ailleurs, les hérissons mangent des serpents en commençant par la tête, et ils ne sont pas incommodés par l'absorption de leur venin. — Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES POINTS DE LA CLINIQUE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS CARDIAQUES

Après le parallèle que nous avons tracé de la marche générale des affections mitrales et aortiques, et avant d'arriver aux conclusions thérapeutiques qui en dérivent, — pour rompre un peu la monotonie inhérente à toute antithèse prolongée, — nous demandons la permission d'analyser, sans chercher à les grouper méthodiquement, certains travaux peu connus et relatifs à divers points de la pathologie cardiaque.

I.

M. le professeur Peter a parlé dans une curieuse et originale clinique sur le diagnostic des points de côté, de l'erreur habituelle à certains névropathes qui, souffrant d'une névralgie intercostale gauche se croient atteints d'une maladie du cœur. On peut dit-il, répondre hardiment à ces attristés et sans auscultation préalable que, puisqu'ils *souffrent* en ce point, ils n'ont vraisemblablement pas de maladie du cœur, attendu que les affections de la valvule mitrale sont indolentes. Pourtant dans une récente étude (1) il revient sur cette question de la SENSIBILITÉ PRÉCORDIALE, et, sans affaiblir la portée de ce qu'il disait alors au sujet de l'absence de douleurs spontanées dans les cardiopathies mitrales, il met en lumière l'utilité qu'il y a souvent à rechercher la douleur provoquée, quand on presse avec le bout de l'index et d'une force modérée les espaces intercostaux de toute la région précordiale et préaortique; il pense que cette

(1) France médicale, [illegible]

exploration permet de constater l'état de la sensibilité du cœur (muscles et ganglions), du plexus cardiaque, des nerfs pneumogastriques et phréniques.

C'est surtout dans le cours d'une affection valvulaire, quand on se demande si les fibres cardiaques n'ont pas commencé à dégénérer, à force de lutter contre la lésion d'orifice, que ce procédé serait utile, en permettant de s'assurer de l'existence d'une myocardite. Jamais, au cas de *myocardite*, on ne manquerait, suivant M. Peter, de provoquer une assez vive douleur, en déprimant successivement les troisième, quatrième, cinquième et même sixième espaces intercostaux gauches, au voisinage du sternum, et en s'éloignant de plus en plus de cet os à mesure que l'on presse plus bas. — Cette douleur-là diffère de celle d'une simple névralgie intercostale, en ce que, dans celle-ci, il y a indépendamment du point douloureux à la partie antérieure de l'espace, un point douloureux latéral et un autre postérieur.

Quand il y a *névralgie* ou *névrite du plexus cardiaque*, le point le plus particulièrement douloureux est au deuxième espace intercostal gauche, à quelques millimètres du bord du sternum, ou sous le sternum même à ce niveau. — *L'état des nerfs pneumogastriques* est recherché, en portant le doigt explorateur du deuxième espace intercostal gauche douloureux à la région cervicale, le long du bord interne du sterno-mastoïdien. — Enfin, pour explorer la sensibilité des *nerfs phréniques*, on presse du doigt successivement, aux attaches diaphragmatiques, le long des bords du sternum et au cou, près de l'insertion du scalène antérieur à la première côte ; cette pression est si douloureuse et si révélatrice qu'il est arrivé une fois à M. Peter de faire naître ainsi dans son cabinet, sur un de ses clients, un accès d'angine de poitrine. La douleur provoquée est encore un bon signe différentiel entre la myocardite chronique dégénératrice et la *surcharge graisseuse* du cœur. Dans le second cas, on ne provoque pas de douleur ; le myocarde n'est plus sensible, par la bonne raison qu'il n'existe plus.

II.

On est trop souvent porté à croire que le mouvement scientifique est uniquement concentré dans la capitale. Si nous voulions montrer que les praticiens de la province et les professeurs des écoles secondaires contribuent, pour une large part, aux progrès de notre science, les exemples abonderaient. Pour ne pas sortir de notre sujet actuel, il nous suffira de citer les recherches pleines d'intérêt, exposées par M. A. Fabre (de Marseille).

Chacun sait qu'il n'est pas rare de constater du vivant de certains malades un bruit de souffle à l'orifice mitral, remplaçant la systole normale, alors qu'à l'autopsie cet orifice ne présente aucune trace matérielle de l'insuffisance valvulaire. Cette apparente anomalie peut exister dans les maladies les plus diverses, et l'on a désigné ces cas sous le nom d'INSUFFISANCES MITRALES FONCTIONNELLES OU RELATIVES (1).

(1) Archives de médecine, 1877.

Celles-ci peuvent être observées d'abord dans le cours des affections de l'orifice aortique. On avait constaté à l'auscultation : souffle à la base et au second temps, souffle à la pointe et au premier temps ; on avait conclu à l'existence d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale, l'examen microscopique confirme la première, infirme la seconde. D'où vient ce fait ? C'est, dit M. Fabre, que si les valvules aortiques de structure purement fibreuse n'obéissent qu'aux lois de la mécanique, la valvule mitrale d'une structure complexe dépend des contractions des muscles papillaires. L'occlusion de l'orifice mitral peut être troublée, d'une part, par l'altération des muscles papillaires sans que les valves mêmes présentent de lésions visibles ; mais, d'autre part aussi, par les modifications de forme de la cavité ventriculaire sur les parois de laquelle prennent insertion les muscles papillaires, — de sorte que toutes les fois que, par une cause quelconque, la dilatation du ventricule gauche se produira, elle entraînera, comme conséquence, l'insuffisance mitrale relative et le souffle systolique de la pointe. Or, la dilatation du ventricule gauche peut apparaître dans une foule de cas : dans l'insuffisance aortique d'abord, comme nous l'avons montré, puisque le ventricule reçoit à la fois deux courants sanguins venant en sens contraires de l'oreillette et de l'aorte et se trouve ainsi distendu outre mesure ; — toutes les fois que la contractilité des muscles papillaires est affaiblie par une cause quelconque (surmenage, vieillesse, — perturbation nerveuse : hystérie, myélite — pyrexies infectieuses : typhus, septicémie puerpérale — intoxications : impaludisme, alcoolisme, ictère, etc.).

Peut-on différencier cliniquement cette insuffisance mitrale fonctionnelle de l'insuffisance absolue et définitive ? Dans la première, le souffle qui la révèle n'est pas aussi constant ; on peut le trouver pendant plusieurs jours de suite et le voir disparaître brusquement, ou bien son timbre et son intensité sont variables. Dans la seconde, le bruit morbide est, au contraire, tant que la fibre cardiaque reste vigoureuse, aussi stable que la lésion anatomique d'où il dépend. L'irrégularité des bruits du cœur et des pulsations radiales est également permanente dans l'insuffisance mitrale absolue.

Une question bien intéressante dans l'évolution des cardiopathies est celle des MODIFICATIONS APPORTÉES A LA MARCHE ET AU PRONOSTIC DES INSUFFISANCES PAR L'INTERVENTION DES RÉTRÉCISSEMENTS (1). M. A. Fabre est arrivé à formuler sur ce point d'intéressantes conclusions. Posant en principe que l'endocardite ne peut déterminer une insuffisance, sans produire un rétrécissement dans une certaine mesure, que l'insuffisance et le rétrécissement se développent en raison inverse l'un de l'autre, il examine successivement les conséquences de ce fait aux orifices aortique et mitral.

D'abord on n'admettra l'existence d'un rétrécissement dans le cours d'une insuffisance aortique, que si le souffle du premier temps est plus fort que le second ; par une conséquence naturelle et toute

(1) Fabre, Gazette des hôpitaux, 1876.

mécanique du cours du sang, le premier augmentera quand on auscultera le malade dans la position horizontale ; le second deviendra plus intense, au contraire, dans la station verticale ou assise, le sang retombant plus facilement alors dans le ventricule par l'orifice aortique insuffisant. Le souffle devenant d'autant plus fort que l'orifice au travers duquel le sang passe est plus rétréci, tandis que, plus les valvules sont insuffisantes, moins le souffle est fort, on doit légitimement conclure, qu'un double souffle fort indique un rétrécissement étroit et une insuffisance légère, tandis qu'un double souffle faible doit faire admettre un rétrécissement peu marqué et une grande insuffisance. — L'examen des artères peut être utilisé aussi pour la détermination de ce diagnostic: le double souffle crural de Durosiez, intense dans l'insuffisance pure, s'affaiblit par le rétrécissement; le pouls radial est aussi modifié par le rétrécissement, il est moins dépressible, moins bondissant, moins visible. En réalité en diminuant l'anémie des organes, principal danger de l'insuffisance aortique, il améliore le pronostic; le rétrécissement augmente en revanche la stase dans le poumon, s'il diminue l'anémie du système artériel, de sorte qu'il pousse plutôt le malade vers l'insuffisance tricuspide en lui évitant les chances de mort subite.

A l'orifice mitral l'intervention du rétrécissement dans l'insuffisance donne lieu au souffle prolongé de la pointe que Bouillaud attribuait à tort au rétrécissement pur.

Non-seulement ce souffle est *prolongé*, mais il est *fort*, bruyant, râpeux; le détroit de l'insuffisance étant, suivant une expression de Racle, plus resserré que celui du rétrécissement, et l'action du ventricule plus énergique que celle de l'oreillette, c'est à l'insuffisance qu'est due la plus grande partie de la force de ce bruit. La lutte entre les deux courants venus de l'oreillette et du ventricule au moment de la systole explique comment l'insuffisance, doublée d'un rétrécissement, produit un bruit plus fort que l'insuffisance simple, où le souffle est faible et quelquefois nul; ce qui l'explique surtout c'est que l'insuffisance est alors légère, le rétrécissement et l'insuffisance variant en raison inverse l'un de l'autre. Le bruit d'une insuffisance légère est ici, comme à l'orifice aortique, plus intense que celui d'une forte insuffisance; or une insuffisance sans rétrécissement est nécessairement une insuffisance forte.

L'intervention du rétrécissement fait disparaître les intermittences et faux-pas du cœur, ainsi que les irrégularités du pouls caractéristiques de l'insuffisance pure. Contrairement donc à l'opinion de plusieurs pathologistes, M. Raynaud par exemple, M. Fabre considère que le pronostic est moins grave quand le rétrécissement mitral intervient dans l'insuffisance, parce que le ventricule, trouvant un obstacle au retour du sang dans l'oreillette, le chasse plus facilement dans l'arbre artériel; de sorte que si d'un côté le rétrécissement augmente, l'engorgement veineux et surtout la congestion pulmonaire, d'autre part il est le meilleur remède contre les effets de l'insuffisance à cause de la barrière qu'oppose au recul du sang la valvule rétrécie. Remède est peut-être un exagéré, ajoute de lui-même l'auteur, mais c'est un moindre mal.

M. Fabre a encore insisté sur ce fait que l'insuffisance aortique ne produit pas seulement l'ischémie artérielle, mais que L'ANÉMIE VRAIE, GÉNÉRALE, avec diminution de la masse du sang, hypoglobulie et même atrophie générale des viscères finit par résulter des entraves apportées aux échanges nutritifs dans tous les tissus et notamment dans les organes hématopoïétiques, — considération qui doit engager à instituer dans ce cas le traitement tonique.

Enfin, ce même médecin a décrit avec soin certains PHÉNOMÈNES SPINAUX qui apparaissent dans les affections cardiaques lorsque, par suite du reflux du sang de la veine cave supérieure dans le système azygos une stase s'établit dans les plexus rachidiens. Ces phénomèmes consistent en une parésie des membres inférieurs, sensation à la fois de faiblesse et d'engourdissement, avec crampes et contractures, ou douleurs bilatéralcs siégeant tantôt au niveau des articulations, tantôt dans les masses musculaires et s'irradiant dans la région lombaire. Ils sont plus prononcés le matin que le soir et apparaissent à une période avancée de la cardiopathie après d'autres signes de stase veineuse. Il y a lieu de les distinguer d'avec les signes analogues qui pourraient être sous la dépendance de l'œdème douloureux, du rhumatisme articulaire ou musculaire, d'une méningite spinale chronique due au rhumatisme ou à l'alcoolisme, des paraplégies dites urinaires et hystériques.

III

Le Dr L. d'Astros (1) vient d'étudier particulièrement l'état mental et les TROUBLES PSYCHIQUES DES CARDIAQUES. Ici encore se retrouve le parallèle entre les aortiques et les mitraux. Les premiers sont d'une impressionabilité extrême, capricieux et fantasques, suceptibles d'une mobilité remarquable d'esprit et d'humeur. Les seconds sont d'ordinaire peu expansifs, concentrés, éprouvant un découragement plus ou moins profond, sorte d'ennui de la vie.

Tous les cardiaques en général sont d'un caractère difficile ; mais, comme le dit l'auteur, d'une façon originale « le cardiaque aortique a des colères de nerveux ; le mitral, des emportements de sanguin. » C'est qu'il existe des différences profondes entre ces deux malades. « Le cardiaque aortique est un artériel, le cardiaque mitral, un veineux ; le premier est un anémique, un blanc; le second un congestionné, un bleu. »

« Les aortiques ressentent rapidemeni la fatigue intellectuelle; quelques uns présentent une diminution de la mémoire, d'abord temporaire, pouvant coincider avec des accès momentanés d'aphasie. D'autres fois, il s'établit chez eux une sorte d'hystéricisme, même avec attaques convulsives. — Les mitraux se divisent en mélancoliques et en violents. — Chez certains sujets porteurs d'un rétrécissement mitral sans insuffisance depuis

(1) *Journal des connaissances médicales*. 14 juillet 1881.

l'enfance, sans antécédent rhumatismal, on observe un état de débilité intellectuelle allant jusqu'à l'imbécillité, qui dépend probablement du même vice d'évolution physiologique qui a engendré la lésion cardiaque plutôt que de celle-ci même.

Enfin, il existe une véritable *folie cardiaque*, dans la pathogénie de laquelle il convient de faire intervenir une prédisposition héréditaire ou acquise à l'aliénation mentale; c'est une forme mélancolique où prédominent tantôt les phénomènes de dépression allant j'usqu'à la stupeur, tantôt un délire avec hallucinations qui peuvent aboutir à des tentatives de suicide. C'est, en tout cas, une folie à oscillations brusques; tantôt les troubles délirants s'exaspèrent au moment des recrudescences cardiaques, tantôt ils alternent au contraire avec celles-ci, comme par une sorte de balancement.

IV

Les auteurs classiques ne renferment pas grands détails sur les troubles que la stase sanguine prolongée, due aux affections mitrales, apporte au fonctionnement de la glande hépatique, ils parlent bien de la pesanteur dans l'hypochondre droit, de l'augmentation de la matité du foie, et d'une légère teinte jaunâtre des téguments. M. le Dr Talamon (1) vient de montrer que, dans bien des cas, il existe une véritable CIRHOSE CARDIAQUE, hépatite interstitielle dont l'évolution clinique vient modifier sensiblement le tableau de l'affection cardiarque, notamment par l'addition de deux complications, *l'ascite* et *l'ictère*. —

Il ne s'agit plus de l'ascite modérée qui se développe au même titre que l'œdème des membres inférieurs comme simple conséquence de la gène de la circulation veineuse.

Ici l'abondance du liquide péritonéal et le volume de l'abdomen sont hors de proportion avec ce qu'on observe habituellement dans l'asystolie; les moyens ordinaires, drastiques et diurétiques, sont impuissants à faire disparaître l'épanchement; la paracentèse est bientôt nécessaire pour éviter l'asphyxie, et le liquide se reproduit rapidement, alors que l'œdème des jambes a disparu; ce qui prouve bien que l'ascite dépend ici de la compression des radicules intrahépatiques de la veine-porte.

D'autres fois, la teinte jaunâtre subictérique du facies mitral, fait place à un ictère foncé, généralisé, accompagné d'épstaxis, d'un état typhoïde, semi-comateux ou convulsif, en somme de tout le cortége symptomatique de *l'ictère grave*.

V

On voit que bien des questions intéressantes ont été agitées dans ces derniers temps et que, malgré tant de remarquables et classiques travaux, tout n'a pas été dit sur les causes et les conséquences des maladies du cœur. Il n'en reste pas moins acquis, comme nous le disions à la fin du précédent article, que *les deux principales indications thérapeutiques reposent sur la distinction inattaquable et fondamentale entre les aortiques et les mitraux.* Cette distinction, et les conséquences qui en découlent au point

(1) Thèse inaugurale, 1881.

de vue du traitement, ont été nettement mises en relief, par M. le Dr A. Cesbron, dans un travail plein d'intérêt (1). Envisageant surtout le retentissement des affections cardiaques sur le cerveau, il démontre que les phénomènes congestifs s'imposent à qui observe un mitral asystolique, tandis que l'anémie cérébrale peut seule expliquer chez l'aortique les vertiges, lipothymies et syncopes; il conclut ensuite, que, chez le premier malade, la DIGITALE produit surtout de bons effets, mais que la situation du second sera surtout et presque uniquement améliorée par l'administration de l'OPIUM, et particulièrement des injections de MORPHINE. — C'est un point que M. H. Huchard avait parfaitement précisé en 1876 (2), dans une courte, mais substantielle étude, et que M. le professeur Gubler, si prématurément enlevé à la science, a confirmé pleinement au point de vue pratique, en posant les indications comparées de la morphine et de la digitale dans le cours des affections organiques du cœur (3), mais en s'appuyant sur des explications théoriques un peu différentes et, disons-le, moins claires.

M. Gubler établit une distinction entre les désordres fonctionnels liés aux affections organiques du cœur; les uns sont, d'après lui, de nature ataxique, les autres de nature paralytique. La digitale est le régulateur et le modérateur par excellence de la circulation centrale, «à ce titre elle accroît la force de chaque contraction cardiaque, augmente la poussée du sang à travers le cercle artério-veineux; et dans les cas d'asystolie ataxique, elle constitue un moyen puissant de tonification pour le cœur et l'appareil vasculaire.» Ainsi la *digitale est le médicament de l'asystolie ataxique* (cardiataxie).

Mais quand l'embarras de la circulation est en rapport, soit avec l'adynamie générale, soit avec la parésie des nerfs du cœur ou avec l'asthénie de ses fibres contractiles (cardioplégie), la digitale doit céder la place aux agents de la médication corroborante et stimulante en tête desquels brillent les préparations opiacées. *L'opium serait donc le médicament de l'asystolie paralytique*.

Il y a longtemps déjà, Sydenham proclamait l'opium «un excellent cordial». L'opium et la morphine à petites doses répétées (5 milligr. de morphine en injection, 5 gouttes de teinture thébaïque) déterminent un certain degré d'éréthisme vasculaire et d'excitation calorifique avec stimulation nerveuse. M. Gubler les prescrit donc au même titre que les stimulants diffusibles (esprit de Mendererus, éther acétique ou sulfurique, vins généreux, cognac). Car pour lui, il s'agit non pas «d'accroître la quantité de sang qui baigne les centres nerveux, mais plutôt d'accélérer la marche du fluide nourricier, de ramener plus rapidement, avec des globules revivifiés, la provision d'oxy-

(1) Thèse pour le doctorat. Paris (1878).

(2) De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur. Paris, 1876.

(3) *Journal de thérapeutiqne*, 1877 (nos 20, 21, 23 et 1878, no 1).

gène et de principes plastiques; enfin, d'exciter davantage les actions chimiques et les conflits organiques qui constituent les phénomènes essentiels de l'hématose et de la nutrition. »

Ainsi pour des raisons différentes, (et nous avouons pour notre part que nous préférons l'explication basée sur les propriétés congestionnantes locales à celle qui n'invoque qu'une stimulation générale), M. Huchard et M. Gubler sont arrivés à la même conclusion : que la médication opiacée produit d'aussi excellents résultats, dans les affections aortiques, que la digitale dans les mitrales. C'est aussi l'avis de M. Dujardin-Beaumetz et de presque tous les maîtres thérapeutistes d'aujourd'hui. Alors donc que chez un aortique on constatera de la dyspnée ou des accès angineux, des vertiges, des lipothymies, indices certains d'anémie cérébrale, on aura recours à l'injection hypodermique de morphine avec la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. 1 gramme.
Eau de laurier-cerise. 50 —

de sorte qu'une seringue contienne 2 centigr. du médicament. On devra commencer par des doses modérées, 5 à 10 milligrammes, pour tâter la susceptibilité individuelle, et on augmentera progressivement suivant les circonstances. Une seule contre-indication existe, mais importante : une altération brightique des reins qui, en empêchant l'élimination de l'alcaloïde, pourrait entraîner des accidents toxiques.

Quant à l'emploi de la digitale pour combattre les phénomènes de stase congestive des mitraux, il est si nettement réglé dans tous les livres classiques que je n'ai que faire d'en parler ici. D'ailleurs on peut consulter sur ce point les numéros 23 et 24 du *Concours médical* (1880).

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE CANTONALE (*suite*).

QUATRIÈME LETTRE.

Nos confrères voudront bien nous permettre de suspendre la publication de notre travail, pour leur en présenter dès aujourd'hui les conclusions.

Les dates prochaines des élections législatives et de la réunion générale des membres du *Concours*, nous en font une obligation à laquelle nous ne saurions nous soustraire, et que des circonstances particulières nous ont empêché d'éviter.

Qu'ils veuillent bien accepter nos sincères regrets et étudier l'organisation que nous leur proposons dès maintenant, avec l'espérance de la justifier.

CONCLUSIONS

Article premier. — L'organisation de l'assistance à domicile des indigents malades, pour leur assurer les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, est *obligatoire* dans toutes les communes de France.

II. — Tous les médecins (docteurs ou officiers de santé), pharmaciens et sages-femmes, sont admis à donner leurs soins ou à fournir des médicaments aux indigents, sous les conditions formulées aux articles XVI, XVII et XVIII.

III. — Chaque année il sera dressé, dans toutes les communes, une liste des personnes ayant droit au service de l'assistance médicale gratuite.

Cette liste comprendra, nominativement, les individus (chefs de famille et personnes composant la famille), qui sont dans l'impossibilité de pourvoir aux frais du traitement médical, soit par eux-mêmes, soit par ceux qui, aux termes du Code civil, leur doivent l'assistance et la nourriture.

IV. — Cette liste sera établie par une *Commission d'assistance*, composée :

Du maire, président, ou de l'adjoint, le remplaçant ;

Du curé, et dans les communes qui ont plusieurs cultes, d'un ministre de chaque culte ;

Du médecin ou d'un délégué des médecins de la commune ;

D'un membre du bureau de bienfaisance et d'un membre de la commission de l'hospice, nommés par leurs pairs, là où ces établissements existent ;

Du percepteur, qui fera partie de la commission, dans chacune des communes de sa circonscription.

V. — Le secrétaire de la mairie remplira les fonctions de secrétaire de la Commission.

VI. — La liste de gratuité, dressée en double expédition, sera soumise au Conseil municipal, dans sa session ordinaire du mois de novembre, adressée ensuite à la préfecture ou à la sous-préfecture, selon l'arrondissement, pour être revêtue de l'approbation du préfet ou du sous-préfet.

Un des exemplaires sera affiché à la mairie de la commune ; l'autre sera remis au médecin de l'assistance.

VII. — La liste une fois approuvée, on ne pourra jamais, excepté pour les cas de mort du chef de famille ou de ruine complète d'une famille par accident, incendie, inondation, etc., etc., ou pour incapacité prolongée de travail, faire comprendre parmi les indigents des individus non inscrits.

VIII. — Les individus inscrits par la Commission d'assistance sur cette liste supplémentaire, seront provisoirement admis aux secours médicaux et pharmaceutiques, jusqu'à ce qu'il en ait été délibéré par le Conseil municipal, dans sa plus prochaine session.

IX. — S'il survient des difficultés ou des réclamations sur la composition de la liste, le *Comité consultatif* (voir art. XX), jugera en dernier ressort.

X. — Dans le cas où plusieurs communes voudraient se réunir pour former une circonscription, les commissions d'assistance de chacune de ces communes s'entendront entre elles pour assurer le service.

XI. — Il sera remis à chaque indigent inscrit,

un *livret d'admission*, signé par le maire de la commune, et destiné à être présenté au médecin auquel on demandera une consultation ou une visite à domicile. Le médecin inscrira sur ce livret la date de ses visites ou consultations, le traitement formulé, et les observations qu'il jugera bon d'y consigner.

Dans une colonne spéciale, le pharmacien indiquera le prix des médicaments fournis, datera et apposera son cachet.

XII. — L'indigent s'adressera au médecin de son choix;

Le médecin est libre de répondre à son appel ou de refuser ses soins.

Toutefois, l'indigent ne pourra appeler un médecin habitant hors d'un certain rayon déterminé par la commission d'assistance, d'après le plus ou moins grand éloignement des médecins établis, qu'avec l'assentiment du maire ou d'un membre du bureau de bienfaisance.

XIII. — Le médecin, appelé une première fois, jugera l'opportunité des visites ultérieures et des soins de toute nature que réclamera l'état du malade.

XIV. — En cas d'accident ou de maladie exigeant une opération grave ou des soins impossibles à donner à domicile, ou lorsque l'indigent malade sera sans famille, l'admission du malade à l'hôpital le plus voisin aura lieu sur la demande du médecin traitant.

XV. — Les médecins de l'assistance sont chargés *uniquement*, chacun en ce qui les concerne, de donner leurs soins aux indigents inscrits sur leur listes, et de vacciner les enfants de ces indigents.

Les services des épidémies, de la vaccination, de l'inspection des enfants nouveau-nés, de l'inspection des écoles ne font pas partie de celui de l'assistance médicale. Confiés peut-être aux médecins de l'assistance, ils donnent droit à des rémunérations spéciales.

XVI. — Les honoraires des visites et consultations de chaque médecin aux indigents sont fixés au *taux payé par l'ouvrier*.

Les voyages à la campagne sont payés à raison de 0,75 c. par kilomètre parcouru (aller seul compris), sans que le prix du voyage puisse être inférieur à *2 francs*.

Les opérations et accouchements sont rémunérés à un taux fixé d'un commun accord entre les médecins et sages-femmes, et la commission de l'assistance (1).

XVII. — Les pharmaciens, et les médecins dans les localités qui n'ont pas de pharmaciens, fourniront aux indigents, sur ordonnance du médecin et la présentation du livret, les médicaments à prix fixé suivant un tarif spécial adopté par eux et la commission de l'assistance (2).

XVIII. — Les accouchements sont pratiqués par les médecins et les sages-femmes de l'assistance. En cas d'accouchements difficile, la sage-femme appellera le médecin chargé de la famille et qui devra répondre à son appel.

XIX. — Deux fois par an, dans la première quinzaine de janvier et dans la première quinzaine de juillet, les médecins, pharmaciens et sages-femmes adresseront au maire de la commune où ils ont été appelés, la *note détaillée* de leurs honoraires calculés suivant le tarif établi (art. XVI et XVII).

Le conseil municipal vérifiera les comptes et les enverra au Préfet qui donnera l'autorisation de paiement au percepteur de la circonscription.

XX. — Dans chaque chef-lieu de département ou d'arrondissement il sera créé un *Comité consultatif* composé :

Du Préfet, sous-préfet, ou d'un conseiller de Préfecture, président ;

De deux médecins délégués par arrondissement, nommé par leurs pairs ;

De deux pharmaciens délégués par arrondissement, nommés par leurs pairs ;

De deux conseillers généraux délégués par arrondissement, nommés par leurs pairs ;

Ce comité aura pour mission d'examiner les réclamations faites sur la composition des listes, sur la marche et le fonctionnement du service dont il assurera la régularité, et d'étudier toutes les questions qui se rattachent à l'assistance. Il distribuera annuellement les récompenses honorifiques (médailles d'argent avec primes, et médaille de bronze sans primes) aux médecins qu'il en jugera dignes.

XXI. — Les médecins de l'assistance auront *la faculté* d'adresser chaque année, dans la première quinzaine de janvier, un rapport médical sur les faits observés par eux dans l'exercice de leurs fonctions, à une commission nommée par eux et composée par arrondissement de huit médecins pris parmi ceux qui l'habitent. Les rapports seront envoyés dans les conditions exigées pour les concours académiques.

Cette commission sera chargée du rapport sur les travaux qu'elle aura reçus et fera parvenir au comité consultatif les mémoires qu'elle aura jugés dignes d'une distinction.

XXII. — Chaque commune devra être pourvue d'un *mobilier médical* uniquement destiné aux indigents. Toutefois les divers objets qui la composeront pourront être prêtés à des particuliers moyennant une rétribution fixée d'avance.

Montaigu 27 juillet 1881. G. MIGNEN.

II

DÉONTOLOGIE MÉDICAL

Encore le secret professionnel

Un des membres du *Concours médical* nous soumet le fait suivant :

« Une enfant (âgée de 14 ans) habite sous le même toit que son père et sa mère. Sa démarche pénible et ses souffrances l'obligent un jour à avouer à ses parents une maladie des parties géni-

(1) et (2) Il serait à désirer qu'un prix uniforme fût établi pour le même département ou tout au moins le même arrondissement.

tales qu'elle attribue à une chute faite sur des fagots.

« Le *père* me fait appeler chez lui pour constater l'affection dont sa fille est atteinte et lui donner mes soins.

« Je constate une vulvite intense et défloration de cette enfant.

« Le père et la mère, permettez-moi cette expression, sont à cent lieues de supposer aucun penchant vicieux à leur enfant. La révélation de la véritable nature de la maladie provoquerait une explosion terrible de colère, et, connaissant leur violent caractère, on ne peut préjuger quelles en seraient les conséquences.

« Dois-je garder le silence, ou dois-je dire la vérité aux parents ? »

Certes le cas est délicat et la question embarrassante.

Aussi nous avons demandé à l'un de nos plus éminents confrères de province de vouloir bien nous faire connaître son opinion, et voici ce qu'il nous a répondu :

« La solution de la question que vous me posez me paraissait facile à trancher. Toutefois je n'ai pas voulu m'en rapporter à ma seule appréciation, et j'ai été très heureux de voir deux de mes confrères dans le jugement desquels j'ai grande confiance, juger le cas exactement comme moi.

« C'est le père de la jeune fille qui a fait appeler le médecin. Or, le médecin lui doit toute la vérité, il n'y a pas de doute à cet égard : seulement le rôle du médecin est de calmer les parents et de modérer leur violence. Je trouve que, dans cette circonstance, le père, interrogeant le médecin, a le droit de savoir la vérité et le devoir de la rechercher. L'enfant d'ailleurs est mineure ; puis elle n'a confié aucun secret au médecin : ce n'est pas elle qui a été le demander ou le consulter ; aussi de quelque côté que j'envisage la question, il me semble que le médecin doit la vérité au chef de la famille qui l'a fait appeler — quelles que puissent être les conséquences de cette révélation.

« Mais, ajoute notre confrère, — et pour nous c'est le point délicat, la question capitale, — il faut que le médecin soit bien sûr de son diagnostic, qu'il n'y ait pas de doute au sujet de la défloration. Il y a des vulvites et des vaginites qui, chez des enfants lymphatiques et même parfois d'une bonne santé, peuvent se développer spontanément ou sous l'influence de la masturbation. Il faut donc que le médecin soit absolument certain qu'il y ait eu des rapports sexuels. »

C'est cette certitude qu'il est souvent extrêmement difficile d'acquérir : car l'examen des parties génitales ne donne, la plupart du temps, que des renseignements fort peu précis. Plus on a pratiqué ces sortes d'examens, plus on devient circonspect et défiant. Le fait suivant, emprunté à M. Fournier, dont la compétence dans ces matières est au-dessus de toute suspicion, montre combien il est facile d'être induit en erreur dans les cas les plus simples en apparence, les plus typiques par leur symptomatologie.

On amène un jour à l'hôpital une enfant de six ans. Un attentat à été commis sur elle par un individu qui, bien entendu, a été écroué de suite à Mazas, d'après l'examen du premier médecin appelé à voir l'enfant, lequel a diagnostiqué « vulvite syphilitique. »

M. le Dr Fournier, après un examen méticuleux de la petite malade se range d'emblée et sans hésitation à l'avis du premier médecin. L'expert commis par le tribunal, M. Bergeron, pose le même diagnostic.

Ici nous laisserons parler M. Fournier (1).

« Or, on demandait un rapport médico-légal. Le juge d'instruction réclamait (comme d'usage) une affirmation immédiate.

« L'hésitation, je vous le répète, ne me paraissait guère possible, tant les choses se présentaient simplement. Toutefois, en vertu d'un principe formellement arrêté par moi comme règle de conduite en pareil cas, je refusai de signer le certificat qu'on réclamait de moi administrativement, et je fus assez heureux pour faire partager mon refus par l'expert. D'un commun accord nous voulûmes attendre et nous attendîmes. »

« Et bien nous en prit, messieurs, de n'avoir pas précipité notre jugement, et de n'avoir pas, par l'affirmation d'un diagnostic qui paraissait cependant bien évident, aggravé la terrible situation du prévenu... »

Qu'advint-il en effet ? C'est que sous l'influence de quelques soins, et en peu de jours, tous les accidents disparurent. Bien plus, l'enfant resta plusieurs mois à l'hôpital, quotidiennement et minutieusement examinée. Pas le plus léger signe d'infection ne se manifesta. Et d'autre part, les charges qui, primitivement, s'étaient élevées contre le prévenu furent reconnues insoutenables, les poursuites abandonnées et l'enquête judiciaire vint confirmer l'enquête médicale. L'enfant n'avait jamais été atteinte que d'une *vulvite simple, spontanée*, ne résultant en rien d'un viol, mais à forme ulcéreuse, simulant à s'y méprendre des chancres syphilitiques.

« Donc nous nous étions tous trompés, et trompés radicalement, absolument, trompés sans hésitation, sans arrière-pensée d'une erreur possible, trompés dans un cas qui nous semblait très simple, dans un cas où l'affirmation immédiate d'une syphilis, nous paraissait aussi certaine qu'élémentaire. »

Une telle erreur, commise par des médecins attentifs et habitués à ce genre de diagnostic, est éminemment instructive et s'impose aux méditations de tous nos confrères. Prenons bien garde, par légèreté ou par présomption, de déchaîner de terribles orages au sein des familles !

Prenons garde surtout de nous faire les complices inconscients de ces jeunes hommes au cœur léger, qui, sur la foi de quelque lâche calomnie anonyme, ou d'une vague rumeur s'élevant des rues, arrachent tout à coup un père de famille à son foyer, pour le jeter en prison, et souiller ainsi, par leur flétrissante intervention, une existence jusqu'alors honorable et respectée. Car, si le cas que nous a soumis notre confrère pouvait compromet-

(1) A. Fournier, *Diagnostic du chancre syphilitique* Paris, 1871.

tre la paix d'une famille, il pouvait aussi atteindre l'honneur et la liberté d'un innocent.

Et si les règles de la déontologie imposent au médecin l'obligation de parler, sa conscience doit lui crier bien haut : «Prends garde!!..»

Dr Henry Marais.

B.

Médecins et bureaux de bienfaisance

Monsieur le Directeur,

Il se présente actuellement ici, pour moi, un cas embarrassant et d'autant plus difficile qu'il touche tout à fait à la déontologie médicale. Voici ce dont il s'agit : Monsieur Charles Faucon, officier de santé, à Thérouanne, et depuis longtemps médecin de bienfaisance de la commune de Delette, vient de voir diminuer de cinquante francs, la somme qui lui était allouée chaque année, et cela, pour des motifs que je n'ai pas cherché à connaître. Il refuse d'accepter cette diminution (ce en quoi je l'approuve), mais il refuse en même temps de visiter les malades indigents. Consécutivement à ses refus, il va nécessairement arriver que ces indigents qui me voient passer assez souvent dans le village, vont m'appeler et me consulter chaque fois que je traverserai cette commune.

M. Faucon sera tout-à-fait froissé de me voir céder à leurs demandes; c'est ce qu'il m'a fait pressentir dans une lettre qu'il m'a écrite ces jours derniers.

Que faire en cette circonstance? Veuillez avoir la bonté de me répondre par la voie du journal et, agréez, je vous prie, M. le directeur, en même temps que mes remerciements, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

20 juillet 1881. Dr Joly.

Nous vous conseillons d'aviser le bureau de bienfaisance de Delette, que vous ne pourrez donner des soins aux indigents, et que vous l'invitez à se rendre aux désirs de votre confrère. En procédant ainsi, et en faisant part à M. Faucon des termes de votre lettre, vous faites porter sur les membres du bureau, toute la responsabilité de la réduction d'honoraires, probablement déjà insuffisants. Vous répondrez aux indigents qui viendraient réclamer vos soins, qu'ils doivent s'adresser au médecin du bureau de bienfaisance; dans un cas urgent vous avez, bien entendu, toute latitude de faire la charité de vos soins par exception et sans porter préjudice à votre confrère. Vous devriez, d'ailleurs, entrer en relations directes avec lui et concerter vos démarches. Ce sont là des questions vitales; résolues de concert, entre les intéressés, elles feraient disparaître l'odieuse plaie de la *concurrence au rabais*.

Nous sollicitons de nos lecteurs leurs observations sur la solution de la question posée par notre très honorable confrère.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement de la diphthérie par la pilocarpine

Nos lecteurs se rappelleront sans doute que, dans une précédente revue de la presse (*Concours médical, 1881, nº 10*) nous leur avons signalé la pratique du Dr G. Guttmann (de Constadt), qui avait traité avec succès, par la pilocarpine, quatre-vingt-un cas de diphthérie. Depuis cette époque, un certain nombre de médecins ont déclaré avoir réussi à guérir, grâce à ce médicament, des diphthéries très graves. Ce nouvel emploi de la pilocarpine se recommande très sérieusement à l'attention des praticiens, et c'est le motif qui nous pousse à publier in extenso une très intéressante observation de diphthérie maligne, guérie après plusieurs injections de nitrate de pilocarpine, que M. *Lereboullet* a communiquée à la *Société médicale des hôpitaux*.

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, lymphatique, d'un tempérament herpétique, ayant été atteinte l'année dernière d'un eczéma de la face assez rebelle, mais guéri à la suite de la médication conseillée par M. le docteur Ernest Besnier. Cette jeune fille était dans un état de santé excellent depuis plusieurs mois, lorsque, le 21 avril, elle se plaignit de frissonnements, de malaise et de mal de gorge. Très rapidement ces symptômes s'accusèrent, et à trois heures de l'après-midi, on constatait déjà une angine avec adénite sous-maxillaire et cervicale du côté droit, œdème considérable du tissu cellulaire ambiant, et, à l'examen de la gorge, trois plaques pseudo-membraneuses. Le diagnostic d'angine herpétique, auquel la rapidité du début et les antécédents de la malade pouvaient faire songer, se trouvait écarté d'emblée par la consistance, l'aspect, la disposition des fausses membranes, ainsi que par l'engorgement si considérable des ganglions sous-maxillaires.

Le traitement consista dans l'usage permanent de pulvérisations et de gargarismes à l'eau de chaux phéniquée. On essaya, en même temps, d'enlever les fausses membranes à l'aide d'un pinceau imbibé de perchlorure de fer et de faire prendre, à l'intérieur, ce médicament très dilué dans de l'eau sucrée. Cependant, dès le lendemain les fausses membranes envahissaient tout le pharynx et gagnaient les fosses nasales. Leur coloration grisâtre, leur odeur presque fétide accusaient la gravité de la maladie. On recommanda l'usage du lait et des boissons alcoolisées, l'alimentation la plus variée et la plus réconfortante, tout en continuant l'usage permanent des pulvérisations phéniquées, des gargarismes phéniqués et des goutt e de perchlorure de fer. Malgré tout le soin apporté s empêcher la reproduction des fausses membra neà celles-ci devenaient de plus en plus épaisses et d,

plus en plus envahissantes. Le badigeonnage du fond de la gorge provoquait des hémorrhagies très pénibles. La respiration par les fosses nasales était très difficile.

Le 25 avril (quatrième jour de la maladie), M. Archambault, appelé en consultation, confirmait le diagnostic de diphthérie maligne. Le pronostic fut des plus sérieux. Le traitement conseillé consista dans le badigeonnage de la gorge à l'aide d'une solution camphrée et phéniquée, l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur, par la méthode d'Aubrun, l'alimentation tonique, les pulvérisations et les gargarismes phéniqués. Mais, ainsi que l'avait prévu et annoncé M. Archambault, l'inappétence devint bientôt absolue, la déglutition impossible. Toute médication interne dut forcément être supprimée. Les urines très rares devinrent albumineuses. Enfin le 27 se produisait un premier accès de croup. La situation paraissait désespérée, lorsque M. Lereboullet eut recours à la médication suivante : tout en continuant incessamment, jour et nuit, les pulvérisations phéniquées, pratiquées soit à distance à l'aide d'un pulvérisateur à air chaud, soit de très près, dans la gorge et les narines, avec un pulvérisateur automatique, il fit entourer le cou de l'enfant d'une cravate de glace, laver et frictionner énergiquement la peau toutes les 2 ou 3 heures avec de l'eau éthérée et alcoolisée ; il prescrivit 2 fois par jour des lavements de peptone, et, dans l'intervalle, un lavement phéniqué ; enfin, dans la journée du 27, il fit deux injections sous-cutanées renfermant chacune 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine. Deux accès de croup s'étaient déjà manifestés, et l'asphyxie était imminente lorsque, trois heures environ après la deuxième injection hypodermique, une salivation assez abondante se manifesta. L'enfant expectora de nombreuses et épaisses fausses membranes en même temps qu'avec ses doigts, elle retirait, de ses deux narines des amas pseudo-membraneux très cohérents.

La nuit du 27 au 28 fut assez calme. Le lendemain et les jours suivants la médication fut continuée, et trois injections par jour de nitrate de pilocarpine (0 gr. 015 dans la journée) furent pratiquées. Le second jour du traitement (30 avril), la malade, qui depuis trois jours n'avait rien pu avaler, se mit à croquer à pleines dents des morceaux de glace. On put dès lors commencer l'alimentation ; on fit prendre des glaces, des bouillies à la farine lactée, des laits de poule au café, des gelées de viande, etc. On continua en même temps les lavements à l'acide phénique et à l'alcool, et, à des intervalles assez éloignés, les lavements de peptone. Peu à peu les badigeonnages au perchlorure de fer et même la médication ferrugineuse (teinture d'extrait de pomme ferrugineux) purent être repris. L'albuminurie, qui avait atteint des proportions considérables, diminua peu à peu et finit par disparaître dès le 5 mai. Cependant, les fausses membranes se reproduisaient sur la voûte palatine, sur les amygdales et dans les narines. Elles ne disparurent que le 9 mai, au dix-neuvième jour de la maladie. L'albuminurie avait duré neuf jours (du 26 avril au 5 mai). Aujourd'hui, il existe une paralysie complète du voile du palais, un état d'anémie profonde ; mais l'enfant peut être considérée provisoirement comme guérie.

En communiquant cette observation, M. Lereboullet déclare qu'il ne songe point à attribuer exclusivement à la médication par le nitrate de pilocarpine le succès obtenu. Cependant, 16 piqûres ayant été faites, et l'enfant ayant absorbé en tout 8 centigrammes de nitrate de pilocarpine dans l'espace de six jours, il paraît intéressant de faire remarquer que cette médication a déterminé une salivation très abondante, mais n'a produit aucune sudation ; qu'elle a été parfaitement tolérée par la jeune malade ; que, loin de provoquer l'inappétence, elle a, au contraire, déterminé une soif ardente et rendu possible l'alimentation par les liquides ; enfin qu'elle a certainement facilité l'expulsion des fausses membranes et arrêté les accès de croup. Mais tout en signalant ces effets de la médication par la pilocarpine, M. Lereboullet reconnaît que la docilité de la malade et l'intelligent dévouement de ses parents qui n'ont pas cessé une seule minute, pendant près de 15 jours et 15 nuits, les pulvérisations phéniquées, ont certainement contribué à assurer sa guérison. La médication phéniquée, les lavages à l'eau froide, enfin les lavements de peptone, qui ont eu pour résultat de nourrir la malade, et par conséquent de soutenir ses forces, sont des moyens thérapeutiques dont on ne saurait nier l'importance. Associés à la médication par la pilocarpine, ils ont conjuré les accidents que l'on devait craindre, après avoir constaté la gravité de l'intoxication diphthéritique et les premiers accès de croup.

Dr Geoffroy.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Un nouveau traitement de l'Epithélioma. — C'est un correspondant du *Medical Record* qui nous l'indique, et il est d'une telle simplicité (le remède, pas le correspondant) que nous aurions du remords de le passer sous silence.

Un cordonnier de 75 ans fut atteint, au commencement de l'année 1876, d'une excroissance à la région temporale gauche, qui se caractérisa bientôt comme un véritable épithélioma. Ce fut l'opinion unanime des divers praticiens qui examinèrent le patient. Au mois de novembre, notre homme se décida à se faire enlever sa tumeur à la clinique du Dr Donald Mac-Lean. Les lèvres de la plaie furent exactement suturées.

Au printemps de l'année suivante, le front de l'infortuné bottier bourgeonna de nouveau et l'épithélioma reparut à la même place. Un certain nombre de caustiques et de remèdes palliatifs furent essayés jusque vers le milieu de novembre ; à cette époque l'ulcération avait un pouce de diamètre. La surface indurée avait environ

trois ou quatre pouces carrés, et s'étendait de l'oreille jusqu'au voisinage de l'œil, atteignant même une portion de la conjonctive et de la sclérotique. La mastication était pénible, et le malade souffrait beaucoup des douleurs caractéristiques.

C'est alors qu'il commença à employer *l'eau chaude* quatre ou cinq fois par jour, bassinant sa tumeur, trempant sa figure dedans, et se servant d'eau aussi chaude qu'il pouvait la supporter. En moins d'une semaine les douleurs avaient cessé et la physionomie avait repris une apparence plus naturelle. Il continua ce traitement jusqu'au mois de mai suivant, époque à laquelle la guérison fut complète. Il y a maintenant trois ans que le traitement est cessé, et il n'y a pas encore de signes de récidive.

Le correspondant du journal américain explique la guérison en admettant que l'eau à 50 ou 55° centigrades détruit la vitalité des cellules et stimule le système vaso-moteur qui résorbe les cellules ainsi cuites.

Quelle que soit l'explication de la guérison, le fait est curieux, très curieux, et c'est bien le cas de s'écrier avec nos classiques : « Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. »

Causes de la mort dans la pneumonie aiguë. — Dans un mémoire publié dans le *Medical Record* du 25 juin dernier, un médecin de New-York, M. Loomis, soutient qu'une des causes habituelles de mort dans la pneumonie aiguë est ce qu'il appelle l'excès de fatigue du cœur.

Mais pourquoi le cœur s'épuise-t-il si rapidement dans cette maladie, alors qu'il résiste si bien dans d'autres affections pulmonaires chroniques, où les troubles circulatoires devraient être plus prononcés? C'est que la pneumonie est une maladie qui se rapproche bien plus d'une maladie infectieuse que d'une simple inflammation ; c'est que le système nerveux est fortement atteint, et que la gravité de l'affection est hors de proportion avec la lésion anatomique. Cette *insuffisance* aiguë du cœur paraît être le résultat d'un trouble dans le système vaso-moteur et dans l'innervation ganglionnaire, trouble causé, soit par l'action de l'agent morbide sur le centre médullaire par l'intermédiaire du sang, soit par son action directe sur les ganglions cardiaques, ou, ce qui est plus présumable, par ces deux causes réunies.

Comment reconnaître cette fatigue du cœur, comment y remédier ? On la reconnaît par l'examen du pouls qui devient précipité, ou faible et intermittent. Le premier bruit du cœur, le bruit musculaire, disparaît ou s'affaiblit considérablement.

L'expérience a démontré à l'auteur que l'opium est le meilleur agent à employer pour combattre l'influence pernicieuse exercée sur le système nerveux par l'agent morbide. Il narcotise ses pneumoniques pendant les quatre premiers jours environ, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'infiltration pulmonaire soit complète. A ce moment il cesse pour éviter la paralysie bronchique. L'emploi de l'opium a lieu simultanément avec les anti-pyrétiques ou les stimulants, suivant les cas. L'auteur emploie les injections hypodermiques de morphine.

L'attentat contre le président des États-Unis. — Le dernier courrier d'Amérique nous apporte d s détails sur la tentative d'assassinat dont a été victime M. Garfield. Le président se promenait sous la gare de Washington, lorsqu'à 9 h. 20 du matin, le 2 juillet, il reçut deux coups de revolver de gros calibre. Aussitôt après le premier coup, le président pirouetta sur sa gauche, et après le second coup il s'affaissa sur les genoux. Relevé aussitôt, il commença à vomir. La première balle avait seulement traversé le côté gauche du paletot de voyage de M. Garfield, mais la seconde pénétra dans le côté droit, à quatre pouces de l'épine dorsale au niveau du dixième espace intercostal.

On administra au blessé des stimulants (eau-de-vie, sels ammoniacaux) on le fit transporter à la Maison-Blanche où il arriva vers 10 heures. Il se plaignit vivement de douleurs et de tressaillements dans les jambes et les pieds ; on continua les stimulants, et on fit une injection de morphine.

L'état du président inspira les plus vives inquiétudes dans les heures qui suivirent. Les vomissements continuèrent ainsi que les douleurs, et certains signes firent craindre une hémorrhagie interne.

Deux consultations médicales eurent lieu dans la journée, et le soir on décida d'explorer la blessure. L'un des chirurgiens introduisit le petit doigt dans la plaie et reconnut que le bord inférieur de la dixième côte avait été fracturé. La direction du trajet indiquait que la balle avait dû traverser le foie, et les symptômes douloureux des membres inférieurs firent penser que la moelle avait pu être atteinte.

Le lendemain la réaction s'était faite, le pouls et la température normaux. Mais l'état nauséeux persistait et le blessé se plaignait de douleurs incessantes dans les jambes. Il y avait rétention d'urine due probablement à la morphine, et on vida la vessie au moyen du cathéter.

Comme régime on prescrivit du lait et de l'eau de chaux, et de la glace pilée.

Jusqu'au 6 juillet l'état du président se maintint assez inquiétant ; mais il paraît incontestable que divers symptômes observés tels que la tympanite, l'état nauséeux, la rétention d'urine étaient purement et simplement la conséquence du traitement suivi, c'est-à-dire des fortes doses de morphine injectées dans le but de calmer les douleurs des membres inférieurs (1/4 de grain toutes les huit heures, soit seize milligrammes). A partir du 6 juillet, la morphine dont on avait diminué les doses, fut complètement abandonnée ; l'état du malade était aussi satisfaisant que possible.

Remarquons que le pouls n'avait pas dépassé 126 et la température 38. 5. environ (101 Farenheit).

On sait qu'actuellement le Président est en voie de guérison (1) : ce qu'on sait moins c'est que les chirurgiens américains se demandent encore où est logée la balle. Il n'y a pas eu de symptômes de péritonite, ni de perforation intestinale, ni même d'entérite. La vessie est intacte les reins également. On suppose que la balle est dans le foie, bien que beaucoup de raisons rendent cette hypothèse peu soutenable. N'est-elle point plantée dans la colonne vertébrale? Car pourquoi ces douleurs aiguës, intolérables, persistantes, dans les membres inférieurs? Mystère, que l'avenir éclaircira peut-être.

Un détail typique : il paraît que médecins et chirurgiens se sont livrés à une véritable course au clocher pour arriver bon premier dans la chambre de l'illustre blessé :

(1) Depuis que cet article a été composé, d'autres nouvelles nous sont parvenues. Le 23 il s'est formé un abcès un peu au-dessous de l'orifice d'entrée. Le 24 cet abcès a été ouvert par le docteur Agnew et l'on a mis un drain. On pense maintenant que la balle, déviée de sa direction initiale par les côtes, n'a point pénétré [illegible] dans les muscles sacro-lombaires. (. . M.)

des gros mots, des horions même ont été échangés confraternellement, et certains, qu'on voulait faire déguerpir, se sont cramponnés aux murs. Le *Medical Pecord* dit à ce sujet : « Sir Paget racontait qu'il s'estimait très heureux d'avoir guéri après avoir eu six médecins autour de lui, et nous connaissons un autre chirurgien qui a survécu aux soins de douze de ses confrères. Mais ce sont là des cas qu'on cite pour leur rareté. » Dr MARSH

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I.

Syndicat des médecins du Havre.

Les médecins de la ville du Havre et de la banlieue sont réunis en société confraternelle sous le nom de syndicat médical Havrais.

ARTICLE PREMIER.
Formation du Syndicat.

1. — Le syndicat comprend tous les médecins de la ville et de la banlieue qui veulent bien y adhérer.

2. — L'adhésion au syndicat existe du moment où un médecin domicilié au Havre ou dans la banlieue s'est inscrit lui-même sur un registre *ad hoc*.

3. — Cette adhésion entraîne l'engagement de verser chaque année une cotisation de 12 fr.

4. — Tout retard dans ce versement excédant six mois, a pour conséquence la radiation du confrère oublieux, et n'ayant pas tenu compte des avis du trésorier.

ARTICLE II
Chambre Syndicale.

1. — Le syndicat médical a pour organe exécutif une commission appelée *Chambre syndicale* nommée pour un an et composée de cinq membres, un président et quatre adjoints; l'un de ces derniers remplit les fonctions de secrétaire trésorier.

2. — La chambre syndicale est chargée de veiller à tout ce qui se rattache à l'exercice de la profession médicale et aux intérêts de chacun de ses membres.

3. — La chambre syndicale se réunit toutes les fois qu'elle le juge convenable et utile.

4. — Tous les deux mois, elle convoque au syndicat tous les adhérents, qui sont tenus d'assister à cette réunion à moins d'un empêchement légitime. Les membres absents n'ont pas le droit de prendre part au vote.

5. — Toute absence non justifiée donnera lieu à une amende de 2 francs, aussi obligatoire que la cotisation annuelle.

6. — Le président de la chambre médicale reçoit, conserve et classe pour être utilisés en temps et lieu, tous les documents que lui adressent les membres du syndicat.

7. — A la chambre syndicale appartient le droit de décider l'impression et la publication de tel document qu'elle juge utile au syndicat.

8. — Chaque réunion générale, la date, l'heure et le lieu où elle sera convoquée, seront annoncés huit jours à l'avance, sauf cas urgent, par un avis spécial.

9. — Le Président à la direction des débats; il résume le travail du jour avant la fin de la séance, et il indique les questions à éclaircir et à étudier pour la réunion suivante.

Additionnellement, les médecins du Havre se sont engagés à se conformer aux règles de déontologie confraternelle déjà formulées par l'association des médecins de la Nièvre.

II

Association des médecins de la Seine-Inférieure

24e SÉANCE

L'association des médecins de la Seine-Inférieure a tenu sa vingt-quatrième séance annuelle à Dieppe, le 18 juin dernier.

L'ordre du jour, très chargé, n'a pu être complètement épuisé, car les élections du président, des vice-président et trésorier, ont entraîné une perte de temps regrettable pour la discussion des intérêts professionnels.

Il est inutile d'insister sur le début de la séance, arrivons de suite aux questions d'intérêt général : elles sont d'autant plus importantes que chaque jour nous sommes aux prises avec les exigences du public.

Une question, un peu en dehors du sujet que traite le *Concours Médical*, mais qu'il est nécessaire de signaler, c'est la proposition faite par un membre, d'élever de 20 à 24 francs les frais d'admission des nouveaux membres. C'est là, à notre avis, une augmentation fâcheuse, car ils sont assez nombreux les jeunes confrères qui, débutant dans la carrière, ont besoin de toutes leurs ressources, et pour lesquels une somme de 24 francs sera difficile à économiser, et cependant, pour les débutants, l'Association est très utile, comme appui moral, contre les défaillances possibles. Cette proposition combattue par notre ancien trésorier, mais à un autre point de vue, a été acceptée à une grande majorité.

Après une modification insignifiante des statuts, on aborde une question toute d'actualité et qui paraissait être attendue par l'assemblée, avec une vive impatience.

M. le Dr *Cauchois*, de Rouen, a lu l'analyse d'un travail du Dr *Surmay* : Rapports des médecins et Sociétés de secours mutuels. Cette analyse, faite avec la précision et le talent, que, n'en déplaise à la modestie de notre confrère, chacun se plaît à lui reconnaître, a été l'occasion d'une discussion malheureusement trop courte, l'heure étant très avancée.

A *Rouen, à Dieppe, à Elbeuf, au Tréport*, partout enfin où il y a des Sociétés de secours mutuels, les *présidents* de ces Sociétés, profitant du défaut d'entente des médecins entre eux, ont obtenu des visites à des prix dérisoires. Tous les membres présents ont été d'accord pour réformer un tel abus, en exigeant d'abord le prix à la visite, et non par abonnement, et en insistant sur la nécessité de ramener les sociétés de secours à payer le tarif ordinaire de la localité. Tous se sont plaint vivement de l'admission, comme sociétaires, de gens aisés et même riches. Quelques membres ont proposé de déclarer franchement à ces sociétaires qu'ils leur refuseraient leurs soins à prix réduits. Mais, pour que cette proposition fût d'une application rigoureuse, il était nécessaire de régler l'entente entre les médecins. La question des *syndicats* est donc venue naturellement à la suite.

Avant d'aborder cette question, le président a prévenu la réunion, que l'Association dans sa séance générale à Paris, n'avait fait qu'accepter le dépôt du travail du Dr Surmay, sans avoir donné son avis favorable ou défavorable, renvoyant à l'année 1882, la discussion du rapport.

La création des *syndicats* a été reconnue nécessaire par la presque totalité des membres et après une discussion assez courte, tout le monde étant du même avis, la création des syndicats par arrondissement a été décidée en principe; s'il est nécessaire, on en créera dans les cantons.

Notre président s'est beaucoup intéressé à cette question et nous a promis tout son concours pour améliorer la situation médicale.

Un de nos confrères du *Tréport*, M. le Dr *Lemaire* a ensuite soulevé la discussion sur le traitement des médecins inspecteurs pour la loi Roussel et montre que l'allocation attribuée à chaque médecin n'était nullement en rapport avec ce que l'on exige d'eux. (L'allocation d'abord nulle, a été portée à 4 francs par enfant et par an; à l'heure actuelle pas un de nos confrères voisins n'a touché son indemnité).

Le président de l'Association, M. le Dr Duménil, faisant partie du Conseil départemental, a avoué qu'à chaque séance, il était obligé de livrer une véritable bataille pour essayer de vaincre le mauvais vouloir de ceux à qui incombe l'organisation de ce service, et a promis de faire tous ses efforts auprès des confrères, membres du Conseil général de la Seine-Inférieure, pour obtenir un minimum de 10 francs par an.

L'heure étant trop avancée, la séance a été levée après cette dernière question. Dr VITET.

L'ouverture de l'Exposition internationale d'électricité est définitivement fixée au jeudi 11 août 1881.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

13 Août 1881 — 3me Année. — No 33

SOMMAIRE

L'Assemblée générale des membres du CONCOURS MÉDICAL *est fixée au dimanche 14 août, à deux heures de l'après-midi.*

L'administration recommande à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la réunion, de vouloir bien lui en donner avis dans le plus bref délai possible. Il en est de même pour le repas qui suivra, et pour lequel la cotisation est de dix francs seulement, le CONCOURS *prenant à sa charge les frais supplémentaires. On comprend combien il est essentiel que nos confrères nous avisent à temps de leur intention.*

Nous invitons nos confrères à venir à cette importante Assemblée. Nous leur demandons de négliger, pour cette circonstance seulement, leurs occupations professionnelles. Nous faisons tous nos efforts pour le bien commun et réclamons leur assistance. Il s'agit de traiter de nos affaires à tous. On voudra venir nous donner ce gage de solidarité.

Réunion à 2 heures, dans les salons du grand Véfour, au Palais-Royal. Repas à 6 heures.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La dernière séance de l'Académie était la séance publique annuelle. Elle a été entièrement remplie par la lecture du rapport de M. J. Bergeron sur les prix décernés par l'Académie, et par la nomination des lauréats. La liste en est longue, et nous n'en détacherons que les deux noms suivants, qui sont ceux de deux membres fondateurs du *Concours médical* :

Le Dr Ch. *Liégeois* de Bainville-aux-Saules (Vosges), déjà lauréat de la Faculté de médecine de Nancy (1875), et lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon, 1878), vient d'obtenir *le prix Civrieux*, pour le mémoire sur le sujet posé : « *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.* »

Notre collaborateur, le Dr *Bibard*, président de la Société protectrice de l'enfance, à Pontoise, a été honoré d'une *médaille d'argent* pour son travail intitulé ; « *Observations sur les résultats de la loi Roussel.* »

Nos sincères félicitations à nos heureux confrères!

Avant de terminer, donnons acte à M. le Dr Bibard de la juste réclamation qu'il veut bien nous adresser; une erreur typographique nous a fait dire qu'il estimait à *400,000* francs la somme indispensable pour organiser, dans toute la France, une inspection médicale *efficace* de l'enfance. Ce ne serait guère effectivement : notre confrère demande *4,000,000*. C'est si peu de chose qu'un zéro!

La *petite* négligence d'un pharmacien a failli coûter la vie à un de nos plus distingués confrères. M. Garrigou avait formulé la potion suivante :

Eau distillée de menthe	100 grammes.
Gouttes amères de Baumé	5 *gouttes.*
Sirop de Jusquiame	10 grammes.
Sirop de coing	30 —

A prendre en trois fois, dans la journée.

Par mégarde, le pharmacien mit *5 grammes* de gouttes de Baumé, au lieu de *5 gouttes*, et notre confrère, ayant avalé de confiance le tiers de sa potion, ne tarda pas à ressentir les premiers effets de l'empoisonnement par la strychnine.

Du reste, le pharmacien, s'étant aperçu de son erreur, en avait fait prévenir M. Garrigou. Celui-ci, ne pouvant réussir à se faire vomir et n'ayant sous la main ni tannin, ni iodure de potassium, absorba environ 3/4 de litre d'infusion de café : mais ce ne fut qu'à un violent effort de volonté qu'il dut de ne pas s'affaisser, et de pouvoir se traîner encore jusqu'à la porte pour appeler du secours. Il avait alors (20 à 25 minutes après l'absorption du poison) une sensation de vide dans le cerveau, des bruissements dans les oreilles ; « la face décolorée, les yeux poussés hors des orbites, les dents serrées, la respiration haletante et les mâchoires en convulsion. » Tous les muscles étaient en contraction permanente, ses jambes tremblaient. Par moment sa tête se renversait en arrière. Il prit une nouvelle infusion de café ; puis, après quelque temps, 100 grammes d'huile de ricin qui amenèrent des vomissements et des selles.

Néanmoins les symptômes de l'empoisonnement se continuèrent le lendemain et ne diminuèrent que lentement ; ce ne fut qu'au bout de cinq jours que notre confrère, encore très fatigué et très affaibli, put reprendre ses travaux.

M. Garrigou pense que l'infusion du café lui a été d'un grand secours ; mais il estime aussi que la force de volonté, qui ne l'a pas abandonné un moment, lui a permis de réagir contre les effets physiques du poison.

L'enseignement qu'il tire de cet accident, c'est que, d'abord, tous les médicaments devraient être dosés mathématiquement ; avoir leur formule de composition détaillée dans le codex, et suivie de l'indication du contre-poison. « Cela aurait permis au pharmacien, ajoute-t-il, de se rendre compte de ce qu'il mettait de strychnine dans la potion, et surtout de m'apporter, en venant me voir, du tannin, ou mieux encore, de l'iodure de potassium ioduré. »

Nous ne pouvons que souscrire à la demande fort juste du Dr Garrigou : Ces quelques additions ne nuiraient pas au codex, ni au pharmacien... ni au malade. Mais nous profiterons de l'occasion pour rappeler à nos confrères une circulaire ministérielle que nous avons publiée dernièrement, et qui nous enjoint *d'indiquer, non en chiffres, mais en toutes lettres*, la quantité de *substances vénéneuses* que nous voulons faire entrer dans une potion. Pour nous, à l'exemple d'un grand nombre de praticiens, nous ne manquons jamais, quand nous voulons employer des *gouttes* et non des *grammes*, de nous servir de chiffres romains, au lieu de chiffres ordinaires. C'est un moyen d'éveiller l'attention du pharmacien (ou de son élève) et d'éviter des étourderies ou des négligences.

L'observation du Dr Garrigou, publiée dans l'*Union médicale*, a donné lieu à une intéressante communication du Dr *Burdel* (de Vierzon), sur l'utilité des injections hypodermiques dans les empoisonnements par les alcaloïdes.

Un malade ayant pris *une cuillerée à café de teinture de noix vomique* à la place d'*une cuillerée de teinture de colombo*, notre confrère constata les mêmes symptômes d'empoisonnement par la *strychnine* que le docteur Garrigou a si bien décrits. M. Burdel les combattit par deux injections sous-cutanées de *sulfate d'atropine* : la première de *un milligramme*, la seconde de *un demi-milligramme*, faites à quelques minutes de distance. En moins d'une demi-heure, toute trace d'empoisonnement avait disparu.

Dans un autre cas, l'agent toxique avait été *l'atropine* injectée, pour une névralgie rebelle, à la dose de *trois milligrammes*. Les accidents très graves ont été immédiatement suspendus par une injection de *deux milligrammes de sulfate de strychnine*, faite en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

« Voyez, ajoute en terminant notre confrère, « quelle ressource thérapeutique nous offrent les « injections hypodermiques (lorsqu'on arrive à « temps) dans les empoisonnements par les alca« loïdes, en opposant à ceux-ci *leurs contraires*. « Je dis les alcaloïdes, parce que, malheureuse« ment, dans les intoxications par les sels de mer« cure, de cuivre, d'arsenic, etc., nous n'aurions « pas la même puissance par le même moyen. Les « alcaloïdes ont une action directe sur les centres « nerveux ; c'est une course à toute vitesse qu'il « faut tenter pour arriver aussi vite que le poison, « et en neutraliser les effets par des effets con« traires. Grâce à l'injection hypodermique, on « peut faire parvenir rapidement un antidote jus« qu'aux centres d'innervation, et obtenir des ré« sultats précieux. »

Nous croyons que la communication de M. Burdel nous rappelle un enseignement utile et dont il faudrait savoir profiter à l'occasion.

Dr J. Geoffroy.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

MALADIES DES PAUPIÈRES ET DES SOURCILS.

En raison des nombreux tissus qui entrent dans leur structure anatomique, les paupières sont le siége de maladies aussi multiples que variées. Fidèle à mon programme, je n'étudierai que les affections les plus fréquentes, celles dont la connaissance et le traitement sont à la portée de tout médecin praticien. Auparavant, il me paraît tout-à-fait indispensable de rappeler la conformation, la structure et les fonctions de ces organes à l'état normal, puis de dire quelques mots de l'exploration de l'œil en général et des paupières en particulier.

Anatomie. Les paupières sont deux voiles *musculo-membraneux*, mobiles, complétant en avant la cavité qui renferme et abrite la plus grande partie de l'appareil de la vision.

La face cutanée de la paupière supérieure est convexe dans les quatre cinquièmes de sa hauteur et présente de nombreux plis transversaux. Concave dans le cinquième supérieur, elle forme, près du bord adhérent, le sillon *orbito-palpébral* supérieur, par lequel on peut pénétrer dans la cavité orbitaire sans intéresser le cul-de-sac conjonctival. A la paupière inférieure, les plis sont obliques, et, parmi eux, je signalerai le sillon *orbito-palpébral* inférieur, au niveau duquel, en raison de la déclivité, on préfère ouvrir les collections purulentes de l'orbite. Ces nombreux plis permettent de dissimuler la trace des incisions que l'on est appelé à faire dans cette région, et qui doivent toujours être parallèles à ces plis.

Le bord adhérent des paupières, correspond à peu près au rebord orbitaire, où la peau se continue, sans ligne de démarcation, avec celle des parties voisines.

Le bord libre est plus important à étudier.

Légèrement concaves dans l'écartement et presque rectilignes dans l'occlusion des paupières, les bords libres circonscrivent la fente palpébrale, qui peut être agrandie ou rétrécie, sans parler des modifications apportées par la différence des races. Une saillie, *tubercule lacrymal*, au sommet de laquelle s'ouvre, en se mettant en contact avec le globe occulaire, l'orifice béant, *point lacrymal*, d'un conduit destiné aux larmes, divise le bord libre en deux parties. *L'une interne*, la moins étendue, dépourvue de cils, arrondie et contenant dans son épaisseur le canalicule lacrymal, se réunit à la même portion de la paupière correspondante pour former la commissure interne et le grand angle de l'œil. En même temps se trouve limité un espace, sac lacrymal, dans lequel séjournent les larmes et se trouvent la caroncule lacrymale et le pli semi-lunaire. *L'autre externe*, la plus étendue, a une épaisseur d'environ deux millimètres.

On la décrit ainsi : 1° une lèvre antérieure, point d'implantation de poils rigides, recourbés, appelés *cils*, disposés assez régulièrement en deux ou trois rangées et munis chacun d'un follicule et de glandes sébacées ; 2° un interstice qui correspond, pendant l'occlusion des paupières, à l'interstice opposé ; 3° une lèvre postérieure qui présente les orifices des glandes de Meïbomius.

Pour terminer ce qui concerne la conformation des paupières, je ferai remarquer que la supérieure recouvre en grande partie le globe oculaire, disposition anatomique qui indique de choisir pour faire l'iridectomie, la partie supérieure de l'iris, et qui remédie aux pertes de substance que subit parfois la paupière inférieure.

Etudiées au point de vue non moins important de leur structure, les paupières présentent d'avant en arrière : la peau, une couche musculaire, une couche fibro-membraneuse et la conjonctive.

La *peau* dont nous avons déjà parlé, demi transparente et très mobile, offre la même structure que celle du reste du corps, seulement les poils y sont rudimentaires et les glandes sébacées très petites. Son extrême finesse la rend très sensible aux irritations, de là la facilité et la fréquence de son inflammation. Un peu de tissu cellulaire réunit la peau à la couche musculaire. Quelques auteurs font de cette faible couche celluleuse le siége des œdèmes, et des infiltrations pathologiques : erreur très grande. On y rencontre seulement les glandes sudoripares, les bulbes pileux et les vaisseaux destinés à la peau.

Au-dessous, *l'orbiculaire* constitue une couche mince, aplatie de fibres musculaires pâles, décrivant des arcs de cercle, et dont la division en portion orbitaire et palpébro-ciliaire est suffisamment justifiée par une différence de situation, d'insertion et de fonction. La portion la plus centrale, et aussi la plus importante de l'orbiculaire, ou portion palpébro-ciliaire, a son insertion fixe aux deux bords de la gouttière lacrymale par la bifurcation (tendons direct et réfléchi) du ligament angulaire interne, aux parties osseuses voisines ainsi que sur le sac lacrymal, par des faisceaux charnus. Le tendon direct mérite de nous arrêter un instant. Très apparent, sous forme d'une ligne blanchâtre chez les personnes maigres, il se voit aussi chez les enfants et chez les personnes ayant de l'embonpoint, dès qu'on attire en dehors et un peu en haut la commissure externe des paupières. C'est un point de repère assez facile pour pénétrer par la peau dans le sac lacrymal, dont le tendon direct croisé, en lui adhérant, la paroi antérieure, vers le quart supérieur. Certains chirurgiens lui préfèrent un point de repère osseux, la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale qu'ils déterminent avec la pulpe du doigt. L'insertion mobile de ces fibres musculaires a lieu à la face profonde de la peau des paupières et au ligament angulaire externe. Les fibres les plus profondes se portent, sous le nom de *portion ciliaire* et de *portion lacrymale*, autour des conduits lacrymaux et des cils, le long du bord libre déjà décrit.

La portion *orbitaire* est située périphériquement au pourtour de l'orbite, et confond ses fibres avec celles du sourcilier, du frontal et d'autres muscles voisins de la face qui aident à l'action de l'orbiculaire dans certains mouvements des paupières. M. le professeur Richet a décrit un prolongement du muscle droit inférieur qui serait l'analogue de l'élévateur de la paupière supérieure,

et attirerait en bas la paupière inférieure dont il fait partie.

Pour être complet, je citerai les fibres musculaires lisses, dont H. Müller fait deux muscles palpébraux.

Entre l'orbiculaire et la couche fibro-membraneuse on trouve un tissu cellulaire très lâche, qui est le véritable siège des infiltrations gazeuses ou liquides. Celles-ci déterminent un gonflement considérable des paupières et, en raison de la riche vascularisation de cette couche, se trouvent, ou vite résorbées, ou, comme dans le phlegmon, donnent lieu à des mortifications de la peau.

La couche fibro-membraneuse est constituée par une bande de tissu fibreux, très épaisse, au niveau du bord libre des paupières, appelée *tarse* ou cartilage tarse par ceux qui lui trouvent des éléments cartilagineux. C'est la charpente des paupières. Le tarse supérieur a une hauteur de un centimètre à la partie la plus élargie, et sa rigidité, tout en rendant difficile le renversement de la paupière correspondante, est mise à profit dans certaines opérations. Le tarse inférieur beaucoup plus étroit et plus faible se replie très facilement; de là la fréquence de l'entropion et de l'ectropion de la paupière inférieure.

La portion amincie, ou bord adhérent des tarses, donne insertion à l'aponévrose palpébrale, à l'expansion palpébrale de l'aponévrose de Ténon; il faut ajouter au tarse supérieur, l'insertion du tendon de l'élévateur de la paupière supérieure.

Comme dernière couche, nous trouvons la conjonctive dont l'adhérence aux tarses est telle que l'ablation d'un chalazion par la peau ou par la muqueuse ne saurait se faire sans trouer celle-ci. Sa transparence laisse apercevoir, sous forme de traînées jaunâtres et régulières, les glandes meïbomiennes creusées dans l'épaisseur des tarses. Je citerai aussi des saillies ou papilles nombreuses visibles à la loupe, et dont l'hypertrophie, dans la conjonctivite, peut les faire confondre avec les *granulations vraies*.

Les glandes particulières aux paupières sont les glandes *ciliaires* et les glandes de *Meïbomius*. Les anatomistes en font des glandes en grappe, secrétant un liquide onctueux, qui, comme un vernis protecteur, s'étale sur le bord libre des paupières qu'il garantit du contact irritant des larmes, en même temps qu'il s'oppose à leur écoulement sur la joue.

Les artères, comme les veines palpébrales, forment deux plans, l'un entre l'orbiculaire et le tarse; l'autre est sous-conjonctival; de nombreuses anastomoses font de cette région l'une des plus vasculaires du corps. De là, la difficulté du traitement, par ligature, des tumeurs érectiles des paupières; de là aussi l'utilité de la pince de Desmarres, dont la conformation en anneau permet, en comprimant les vaisseaux de toutes parts, d'opérer pour ainsi dire à sec. Le premier plan comprend les palpébrales *internes* (ophthalmique) qui longent le bord libre des paupières à une distance de 3 millimètres et s'anastomosent avec les palpébrales *externes* (temporale superficielle) et les palpébrales supérieures (sus-orbitaire.) Ce premier plan assure la nutrition de la peau, de l'orbiculaire, des follicules et des glandes ciliaires.

Le plan postérieur est formé par la terminaison des ciliaires antérieures et de la lacrymale qui se rendent à la conjonctive et aux glandes de Meïbomius. Les veines sont disposées de la même façon, et se rendent aux troncs correspondants. Quant aux lymphatiques, ils aboutissent aux ganglions parotidiens et sous-maxillaires. L'orbiculaire est innervé par le facial; le releveur de la paupière supérieure par l'oculo-moteur commun, et les nerfs sensitifs viennent du trijumeau.

Le *sourcil*, situé entre le front et la paupière supérieure, forme une saillie musculo-cutanée, garnie de poils, à laquelle on décrit une extrémité interne ou tête et une extrémité externe ou queue. La peau très épaisse contient de nombreuses glandes sébacées et sudoripares, et donne insertion aux fibres du sourcilier, du frontal et de l'orbiculaire; de là sa grande mobilité. Au-dessous, et dans l'épaisseur de cette couche, on trouve les vaisseaux et les nerfs de la région. Les sourcils et les cils arrêtent la sueur qui découle de la tête et du front et complètent l'action protectrice des paupières contre la lumière trop intense et les corps étrangers; aussi les trouve-t-on plus développés chez l'habitant des pays chauds.

Physiologie. En même temps qu'elles sont des organes de protection indispensables, les paupières assurent la lubréfaction de la partie antérieure du globe oculaire, facilitent la circulation des larmes et l'élimination vers le grand angle de l'œil de poussières ou de petits corps étrangers. Ce rôle est rempli, grâce à un mouvement principal dont les paupières sont le siège, le *clignement*, lequel se décompose en deux mouvements alternatifs d'occlusion et d'ouverture des paupières. C'est la paupière supérieure qui entre surtout en jeu dans l'exécution de ces mouvements, divisés, selon l'intervention ou non de notre volonté, en volontaires, involontaires ou d'origine réflexe. Pendant le sommeil, la force tonique de l'orbiculaire, l'emportant sur celle de l'élévateur, les paupières sont involontairement fermées.

L'occlusion pendant l'état de veille est volontaire ou reflexe: Sous l'influence d'une excitation, partie de l'iris (éblouissement), ou de la cornée, ou de la conjonctive (corps étranger), le facial fait contracter l'orbiculaire, et les paupières se ferment, jusqu'à ce que la tonicité du muscle en mouvement étant inférieure à celle de l'élévateur au repos, les mêmes paupières s'écartent; telle est l'explication donnée par M. le professeur Panas. L'élévateur ne se contracterait que lorsque volontairement, on fait, comme l'on dit, vulgairement de grands yeux. On a attribué une autre action à certaines fibres de l'orbiculaire, celle de dilater le sac ou de le rétrécir; mais ce sont faits à démontrer.

Des savants ont poussé très loin l'analyse des mouvements exécutés par les divers faisceaux de l'orbiculaire, dans le jeu de la physionomie, par exemple, et je renvoie le lecteur, pour cette étude, aux travaux de Merkel et de Darwin.

On comprend facilement, que le bon fonctionnement des paupières soit lié à l'intégrité parfaite des nerfs sensitifs et moteurs. Dans la paralysie

du trijumeau, ou dans celle du facial, le besoin de cligner étant perdu, ou les paupières ne pouvant plus se fermer, l'effet est le même : l'œil se perdra fatalement à la suite de kératites graves et de troubles trophiques complexes, sans parler de l'ectropion et d'un larmoiement rebelle. La paralysie de l'oculo-moteur entraînera l'impossibilité d'ouvrir les paupières, mais sans danger pour l'œil lui-même. Dr S. BAUDRY (*de Lille*).

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE.

DEUXIÈME PARTIE: SEPTIÈME LETTRE

L'exercice illégal.

Si la liberté de l'exercice de la médecine est repoussée, quiconque exercera en dehors des conditions déterminées par la loi exercera illégalement.

Comment cet exercice illégal doit-il être traité?

Nous avons montré quelles pertes il faisait subir à nos confrères; un tel état de choses réclame un prompt remède, et nous n'avons pas à nous arrêter au *laissez dire, laissez faire*, préconisé par quelques-uns d'entre nous, sans doute particulièrement favorisés.

Nous savons également que de la législation actuelle nous n'avons rien à attendre : ceux qui ont pour mission de veiller au respect de la loi ferment volontairement les yeux sur sa violation, et toutes nos réclamations se heurtent à un parti pris de non-intervention. La loi d'ailleurs, fût-elle appliquée rigoureusement, n'améliorerait en aucune façon notre situation.

C'est un point qui paraît bien compris, car de tous les côtés, dans toutes les régions, la réclamation dominante est celle-ci : *qu'on réprime sérieusement l'exercice illégal.*

Nous n'avons pas à nous occuper des formes diverses que revêt cet exercice illégal, disons pourtant, que nous voyons arriver bons premiers les pharmaciens, dont la marotte chérie consiste à croire qu'ils entendent quelque chose à la médecine. — Les curés, les sœurs viennent ensuite, puis le *vulgum pecus* des sorciers, rebouteurs, maroous, somnambules, etc... etc...

Contre ces derniers nous pouvons espérer, avec quelque raison, obtenir certaine satisfaction de l'application rigoureuse d'une loi mieux comprise; en sera-t-il de même à l'égard des précédents? Nous n'osons l'espérer. Ce n'est pas que nous mettions en suspicion l'impartialité des juges, mais il y a là, avant tout, une question d'appréciation, et nous n'ignorons pas que les juges apprécient souvent d'une façon qui n'est pas la nôtre.

Quoi qu'il en soit, le texte de la loi doit être parfaitement clair, ne prêter en aucune façon matière aux exceptions ou aux interprétations dont, en somme, nous avons à pâtir : les délits ne disparaîtront pas sans doute complètement, mais du moins, ceux qui seront constatés n'échapperont pas à la répression.

Notre confrère, le Dr Huette, a proposé la définition suivante de l'exercice illégal, nous croyons pouvoir l'adopter en la complétant.

Exerce illégalement la médecine : toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme, et ne remplissant pas les conditions exigées par la loi, prend part au traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, par l'application d'appareils ou la délivrance de médicaments.

Nous nous séparons pourtant de notre confrère lorsqu'il ajoute que les définitions n'ont pas d'importance pratique, nous pensons, au contraire, qu'une mauvaise définition ouvre la porte à tous les abus, et que nous ne saurions apporter assez de soins à la rédaction de l'article qui visera l'exercice illégal. Nous nous rangeons, en effet, à l'opinion du congrès de 1845 qui voulait que l'exercice illégal fût défini par la loi.

Nous ajoutons :

L'exercice illégal de la médecine constitue un délit, prescription des plus importantes, puisque le délit entraîne *une peine correctionnelle* et non plus *une peine de simple police*, comme actuellement. De plus, le caractère délictueux du fait étend à trois années le délai de prescription et entraîne *la récidive*, quelle que soit l'époque où la première condamnation ait été prononcée et quels que soient les tribunaux qui l'aient prononcée.

Nos confrères ne paraissent pas avoir attaché à ces conséquences une importance suffisante : nous lisons en effet dans un certain nombre de communications qu'ils nous ont adressées :

Pensez-vous qu'il suffise d'élever à quelques centaines de francs l'amende qui punira l'exercice illégal? — Le moyen pourra être efficace s'il s'agit de quelque pauvre diable des campagnes, il fera sourire le charlatan des villes qui est au-dessus de ces misères, etc.

Oui, sans doute, nos correspondants auraient raison si l'exercice illégal ne constituait qu'une contravention; mais, à l'avenir, il s'agira d'un délit puni correctionnellement et dont la récidive entraînera une répression sévère. C'est, en effet, l'exercice illégal habituel, et par conséquent la récidive qu'il faut surtout frapper, et nous croyons suffisamment efficace la modification proposée par nous et réclamée d'ailleurs, depuis longtemps, par le corps médical.

Ceci admis, il importera peu que la peine soit augmentée ou diminuée de cent francs lors de la première condamnation. Mais nous acceptons volontiers les observations qui réclament pour le récidiviste une peine plus sévère que celle que nous avions proposée et nous nous rangeons à la rédaction suivante :

Tout individu qui exercera illégalement la médecine ou la chirurgie, sera poursuivi et condamné à une amende de 300 à 1,000 francs.

En cas de récidive, l'amende sera doublée, et le délinquant sera condamné en outre à un emprisonnement de six mois à un an.

Nous ne pouvons laisser ce sujet sans nous occuper des gradués des universités étrangères.

M. Roger-Marvaise avait déposé, sur le bureau de la Chambre, une proposition de loi des plus sages, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de la reproduire en la faisant nôtre :

Les médecins et chirurgiens étrangers gradués dans une université étrangère pourront obtenir du ministre de l'Instruction publique la dispense de la scolarité, après avis de la Faculté de médecine devant laquelle ils doivent subir les examens dits d'autorisation.

Ils ne peuvent exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi, devant une Faculté de l'Etat français, deux examens, l'un théorique, l'autre pratique dont les formes et les matières seront déterminées par un règlement d'administration publique.

Le médecin ou le chirurgien étranger reçu à ces deux examens recevra un diplôme et prendra le titre de *médecin ou chirurgien autorisé*.

Cette proposition, qui traduisait les idées émises dans un savant rapport fait à la Faculté par le professeur Le Fort, nous parait concilier tous les intérêts : elle nous débarrasse de tous ces docteurs *honoris causâ* que ne savait pas reconnaître l'arbitraire gouvernemental, et elle n'impose aux médecins étrangers sérieux qu'une garantie parfaitement acceptable. — Elle a enfin le très grand avantage d'avoir subi l'épreuve d'une première discussion au sein des commissions et réuni les suffrages des hommes les plus compétents.

La proposition est d'ailleurs complétée par un second article :

Nul, dans l'exercice de la profession médicale, ne peut prendre le titre de *docteur*, s'il n'a obtenu ce titre devant une Faculté française.

L'usurpation du titre de Docteur est punie d'une amende de 50 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois.

L'article 463 du Code pénal est applicable.

Ainsi sont complétées les dispositions pénales qui visent l'exercice illégal de la médecine.

Nous ne doutons pas que ces propositions donnent satisfaction légitime aux revendications de nos confrères. Dr A. GASSOT.

II

MÉDECINE CANTONALE (*suite*).

CINQUIÈME LETTRE.

La publication anticipée de nos conclusions dans le n° 32 du *Concours* nous fait un devoir d'indiquer à l'aide de quelles ressources le service de la médecine cantonale, tel que nous le désirons, peut être assuré.

Le projet de loi du Dr Roussel nous fournira à cet égard toutes les données dont nous avons besoin.

L'assistance médicale des indigents est *obligatoire* pour toutes les communes; et la charge sociale, imposée par son organisation, doit être équitablement répartie entre les communes qui y sont les premières intéressées; mais l'insuffisance des seules ressources communales exige l'assistance du département qui doit être assisté lui-même par l'Etat. Le département et l'Etat ne peuvent pas plus, à coup sûr, se désintéresser en pareille matière que lorsqu'il s'agit d'instruction primaire ou de viabilité vicinale, et ne font qu'obéir aux prescriptions de la raison, de la justice, de la charité et de l'intérêt social. Aussi le Dr Roussel cherche-t-il à déterminer :

1° Quel doit être l'effort contributif que les pouvoirs publics doivent imposer aux communes, au département, à l'Etat ;

2° Quelle doit être la part contributive à mettre à la charge des trois groupes intéressés.

1° *Dépense*.

D'après le rapport de M. de la Valette, ministre de l'intérieur, en date du 24 août 1867, la proportion des indigents inscrits dans les 48 départements dans lesquels le service gratuit fonctionnait en 1865, était de 1 sur 25 habitants. Le Dr Simonin, pour le département de la Meurthe, pays riche, donne la proportion de 1 indigent sur 8 habitants. Le Dr Roussel, pour éviter tout mécompte et écarter tout soupçon d'optimisme, admet la proportion de 1 indigent sur 10 habitants. La population rurale de la France n'étant plus, depuis la séparation de l'Alsace-Lorraine, que de 25.495.021 habitants, le chiffre des indigents serait 2.549.502.

D'après le même rapport de M. de la Valette (1867), la proportion des malades a été de 1 sur 3 1/2 indigents ; chaque malade a reçu 2 visites 1/2 et 1 1/5 consultation, soit en moyenne 3 1/2 visites ou consultations. Chaque malade a coûté 5 francs en moyenne, médicaments compris. Le prix de la visite ou consultation, avec les médicaments, ressort donc à 1 fr. 25. Répartissant la dépense sur le total des indigents, on arrive au chiffre de 1 fr. 40 par tête d'indigent, qui correspond assez exactement avec le taux de la visite.

Ces chiffres paraissent, à juste raison, trop faibles, et même, en abaissant autant que possible la rémunération des médecins et le prix du tarif des médicaments, le Dr Roussel admet un chiffre moyen de 2 fr. 20 par tête d'indigent, dont 1 fr. 50 pour les soins médicaux, et 0,70 pour les médicaments fournis. La visite ou consultation s'élève alors à 1 fr. 50 et l'ensemble du traitement à 7 fr. 50 par malade.

Le prix d'abonnement annuel payé par les sociétés de secours mutuels pour leurs malades étant de 3 fr. par tête (deux francs pour le médecin et un franc pour le pharmacien), il en résulte une infériorité marquée des frais médicaux de l'assistance des indigents.

Les accouchements forment un chapitre spécial de dépenses. Il est alloué 6 francs pour chacun d'eux. Il faudrait, d'après les données statistiques, compter annuellement 67,000 accouchements aux frais de l'assistance. — (Dans Saône-et-Loire, un crédit départemental de 2,000 fr. à titre d'indemnité et d'encouragement aux sages-femmes, suffit pour payer tous les soins donnés aux femmes en couches).

Pour les dépenses nécessitées par le séjour des indigents à l'hôpital (opérations, etc.), il faut admettre une dépense annuelle de 5,000 francs par département.

En résumé, les dépenses du service seraient :

Frais médicaux (visites et consultations).	2.549.502 hab.	× 1.50 =	3,824,253 »
— pharmaceutiques. . . .	2,549,502 —	× 0.70 =	1.784,651,40
Accouchements . . .	67.092 nais.	× 6 =	402,552 »
Frais dans les hôpitaux. . . .	84 dép.	× 5000 =	435,000 »
Total.			6,446,446,40

Ne sont pas compris le linge, la charpie, les bandes et autres accessoires, ni les aliments qui conviennent pour les convalescents, en particulier les bons de viande. L'assistance de la charité privée pourrait subvenir à une grande partie de ces dépenses.

2° *Répartition de la dépense.*

Dans le rapport officiel du 24 avril 1867, la charge existant alors était répartie dans les proportions suivantes :

Les communes y contribuaient pour les *six* dixièmes.

Les départements pour les *trois* dixièmes.

L'Etat et les dons particuliers pour *un* dixième.

La part de 6 dixièmes faite aux communes serait trop onéreuse pour beaucoup d'entre elles, celle de 1 dixième faite à l'Etat est trop faible. On peut équitablement porter la charge des communes au 3/6 de la dépense totale, celle du département à 2/6, celle de l'Etat à 1/6.

3° *Ressources à créer.*

Pour assurer le service il suffit, dit le Dr Roussel, que la dépense des communes soit déclarée *obligatoire* jusqu'à concurrence d'une somme égale au produit de 2 centimes additionnels au principal des 4 contributions directes, que le département soit soumis à la même dépense *obligatoire* jusqu'à concurrence d'une somme égale au produit d'un centime.

Le centime, pour la France entière représente un produit de 3,113,000 fr. Les deux centimes peuvent être considérés comme ne produisant guère que cette somme, car la population des communes rurales qui forme les 2/3 de la population totale de la France, est la partie la moins riche, celle dont le centime est le moins productif. Inscrivons donc le produit des deux centimes communaux pour :

	3,113,000 fr.
— Centime départemental (diminué des 449,000 fr. du dép. de la Seine) . .	2,664,000 »
— Sixième de la dépense fourni par l'Etat	1,000,000 »
Total. . . .	6,777,000 fr.

qui dépasse de 100,000 fr. le chiffre des dépenses prévues.

Il n'est pas besoin de dire que l'imposition extraordinaire ne peut être obligatoire que pour les communes et les départements qui ne trouvent pas, dans leur budget ordinaire, les ressources suffisantes pour faire face aux dépenses. De même, le département et l'Etat doivent subventionner les communes pour lesquelles le produit de cette imposition serait insuffisant.

Nous ne croyons pas que l'assistance médicale des indigents puisse être assurée avec les seules ressources créées par le projet Roussel que nous venons de résumer.

Il y a lieu de constituer des ressources pour la rémunération des opérations à pratiquer, et des déplacements du médecin pour les indigents qui habitent loin de son domicile, pour la fourniture des appareils orthopédiques, bandages, etc., qui sont indispensables au traitement ou à la santé des malades.

Il faut aussi, sans compter sur la charité privée, trop variable dans son essence, que l'on puisse se procurer les bandes, le linge, en un mot, tous les appareils de pansement; il faut enfin, qu'un mobilier médical, placé dans chaque mairie, renferme en quantité suffisante les divers instruments et objets (baignoires, bains de siége, seringues, etc., etc.), dont l'usage est journalier.

Dans ces conditions, pour ne pas être au-dessous de la vérité, nous fixerions : 1° Le chiffre de la dépense médicale (opérations, visites ou consultations), à 3 francs (au lieu de 1 fr. 50 cent.); 2° le chiffre de la dépense pour médicaments fournis à 1 fr. 50 cent. (au lieu de 0 fr. 70 cent.), — ce qui donne, la moyenne des visites étant de 3 1/2 par malade, une dépense totale de 15 fr. 50 cent. par maladie; 3° le chiffre de la dépense par chaque accouchement à 10 fr. (au lieu de 6). — L'accouchement simple serait payé 6 francs, et les 4 francs alloués en plus par chacun d'eux s'accumuleraient et serviraient à solder les opérations et les frais de médicaments qu'ils pourraient nécessiter; 4° le chiffre de la dépense dans les hôpitaux à 6,000 francs (au lieu de 5,000).

En résumé, les dépenses du service seraient :

Frais médicaux (opérations, visites, consultations).	2,549,502 hab.	× 3 =	7,648,506
Frais pharmaceutiques. . .	2,549,502 —	× 1.50 =	3,824,253
Accouchements (opérations, médicaments). .	67,092 nais.	× 10 =	670,920
Frais dans les hôpitaux.	84 dép.	× 6,000 =	504,000
Total.			12,647,679

A ce prix le fonctionnement serait certain.

Que nos législateurs aient recours pour assurer un pareil budget, soit à l'imposition obligatoire des communes et des départements assistés par l'Etat, soit aux seules ressources du département (Tallon, Waddington) auxquelles, en cas d'insuffisance seulement, s'adjoindrait le produit de l'imposition obligatoire des communes, ce n'est pas à nous de formuler une opinion à ce sujet. Mais quand il s'agit d'un devoir à remplir, et d'un des devoirs les plus sacrés, on ne saurait excuser la moindre hésitation. La France est assez riche pour sauvegarder la santé de ceux qui ne lui marchandent

pas leurs enfants pour la défendre au jour du danger! G. MIGNEN (*de Montaigu*).

III

BUDGET DU MÉDECIN.

Mon cher confrère,

Il paraît que nous avons dans le Pas-de-Calais un confrère qui trouve que tout est pour le mieux dans le meilleur monde médical, et que chacun de nous retire de sa profession largement ce qu'il lui faut. Ainsi soit-il. Mais voyons un peu et posons des chiffres. Admettons, par exemple, une famille composée du père, de la mère et de deux enfants. Je les suppose installés dans une ville de 10 à 15,000 habitants. Leur mobilier est à peu près complet. Bref, ils marchent. — Eh bien, je dis que dans ces conditions et sans faire de folies, il me paraît à peu près impossible de vivre à moins de 12,000 fr. par an. Et je le prouve, je crois péremptoirement, par le projet de budget que je vous envoie ci-inclus. Je suppose, bien entendu, que notre confrère rayonne sur la campagne et qu'il lui faut un ou plusieurs chevaux et une voiture. Dirai-je que j'admets qu'il doit vivre sinon avec luxe, au moins bourgeoisement? Non, car avec 12,000 fr. je ne crois pas qu'il y parvienne.

Budget pour ménage de quatre personnes.

Loyer (y compris écurie, remise, jardinet)	1,000 »
Contributions (patente, chevaux, voitures, etc.)	300 »
Chevaux, voitures, harnais (entretien, nourriture)	2,500 »
Deux domestiques, nourriture comprise.	2,000 »
Nourriture des maîtres (4 personnes).	2,500 »
Chauffage	150 »
Eclairage	150 »
Blanchissage	400 »
Entretien de Monsieur et de Madame.	1,000 »
Entretien des enfants	500 »
Abonnements aux journaux, revues, etc.	120 »
Papier, timbres-poste, livres, instruments	300 »
Renouvellement par annuité du linge de maison et des ustensiles, etc.	300 »
Argent de poche	200 »
Dépenses imprévues	300 »
Total.	11,820 »

J'ai dit 12,000 fr. — Suis-je bien loin de compte? D'ailleurs, mes appréciations sont plus que modérées, je le sais par expérience. — Et puis, je n'ai pas dit un mot des extras, tels que petites réceptions intimes, déplacements nécessaires, etc.

D'autre part, je suppose seulement deux enfants en bas âge. Mais, outre qu'il y en a souvent davantage, il faut bien admettre que ces enfants grandiront, et qu'alors il faudra payer leur pension quelque part, aller les voir, ce qui nécessite des déplacements coûteux, etc. De ces diverses considérations il est permis, je crois, de conclure qu'en demandant 12,000 fr. pour le budget de l'un de nous, dans la situation où je le suppose, c'est rester plutôt au dessous qu'au dessus de la vérité; et cela d'autant plus que, d'après ma propre expérience, les chiffres que je pose sont plutôt trop petits que pas assez : et si on me conteste, je prouverai la chose mathématiquement.

C'est donc un minimum de 12,000 fr. qu'il nous faut demander à notre profession, rien que pour vivre et sans mettre un sou de côté. Eh bien, voyons, franchement, combien en connaissez-vous auxquels notre très honorable profession rapporte ce chiffre colossal? En dehors de ceux qu'on est convenu d'appeler les heureux de la profession et qui arrivent peut-être à 20 ou 25,000 fr. par an, bien entendu je mets Paris à part : car là, on meurt de faim ou l'on gagne énormément; gens qui vivent tout à fait sur les cimes des montagnes ou dans les nuages, à part ceux-là, dis-je, combien, encore une fois, en trouvez-vous qui arrivent à aligner annuellement leurs 12,000 fr. par an?

M'est avis que, s'il fallait compter avec chacun de nous, on en trouverait fort peu, extrêmement peu, qui arrivent à cela. Je vous assure que nous aurions probablement beaucoup mieux compris nos intérêts en nous faisant marchands. Mais voilà ce que c'est : l'ambition nous a perdus, (comme dit en latin ce brave et excellent Lhomond); et alors nous mourons presque tous de faim. La chose est faite, il n'y a pas à y revenir. Sous ce rapport, je dis et répète, que vous êtes absolument dans le vrai en prêchant aux médecins l'union et la concorde.

Les médecins devraient s'entendre entre eux. Eh bien, je n'hésite pas à dire que leur attitude est tout ce qu'il y a de plus pitoyable; on ne se déchire pas comme ça : c'est tout simplement odieux et risible! Et notez que nous sommes ici, sur un terrain où il y a véritablement à vivre pour tout le monde.

Je parierais volontiers que la moyenne des recettes ne s'y abaisse pas au dessous de 14 ou 15,000 fr. On n'a donc pas à se disputer un os à ronger. Mais non, il semble que cette malheureuse profession rend nécessairement hargneux, triste!

Agréez, etc., Dr L. 25 juillet 1881.

Nous sommes de votre avis absolument, et affirmons que dans les pays riches les dépenses sont telles, que 12,000 fr. constituent l'indispensable et que la majorité des médecins est loin de toucher pareille somme. — On dépense le patrimoine. Heureusement que parfois la dot rétablit un certain équilibre et permet l'éducation des enfants.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

M. le Dr *Poncet* (de Cluny) a communiqué à la *Société de chirurgie* la curieuse observation que l'on va lire :

Un homme s'était introduit des corps étrangers

dans l'urèthre, et faisait profession de se montrer en public. Ancien berger auvergnat, âgé de 26 ans, parcourant les villages de la province de Constantine, M... présentait la conformation suivante de la verge : une bande cicatricielle, provenant de l'introduction ancienne d'un anneau, existait tout autour de la base de la verge, au-dessus du scrotum et du pubis; à ce niveau, le canal était détruit, et, dans un infundibulum entouré de bourgeons charnus, était cachée une croix en or de 35 millimètres sur 25 millimètres, dont la branche inférieure, ornée de cinq rubis, faisait saillie à l'extérieur. Sur cette croix étaient attachées deux chaînettes en or: l'une, longue de 40 centimètres, sortait par le méat et le prépuce atteint de phimosis ; l'autre, plus fine, longue de 20 centimètres, pendait sur les bourses. M... prétendait être venu ainsi au monde. Ces objets extirpés du canal laissèrent reconnaître dans l'urèthre la présence d'autres corps étrangers qui furent aisément extraits avec une pince : c'étaient une anse de tasse en porcelaine, un fragment d'os et une petite dent.

Le lendemain, M. Poncet put encore extraire un morceau de pierre à aiguiser, une perle en verre à crochet, un morceau d'os et une dent plus grosse que la première. Cet homme, ayant été envoyé aux bains de mer, on constatait le lendemain dans le canal la présence d'un petit caillou et d'une boucle d'oreille.

Après avoir laissé les parties perdre tout état inflammatoire, considérant l'état des bourgeons charnus de la fistule, reconnaissant, en outre, que la verge en tombant ramenait presque les lèvres de la fistule en contact, malgré une perte de substance de 1 centimètre, M. Poncet aviva simplement les bords de la plaie, fit deux incisions latérales pour donner à la fistule une direction transversale, et sutura. Deux points profonds, six fils superficiels furent appliqués pour obtenir la coaptation. Une sonde, très bien supportée par le malade, fut laissée à demeure.

La guérison était parfaite au septième jour : l'urine sortait à plein canal. On ne s'occupait que d'un petit pertuis insignifiant, quand cet homme, qui avait été condamné à six mois de prison pour outrage à la pudeur, se trouvant avoir terminé sa peine, déchira la cicatrice, déclarant que les chaînes allaient repousser et les dents renaître. « Il était inutile de le retenir, tout allait recommencer. »

M... reçut son exeat.

M. Poncet fait remarquer que cet individu n'était ni fou ni maniaque, mais simplement un escroc. Pour l'opération, le procédé le plus simple était indiqué, parce que la présence même d'une bande circulaire cicatricielle s'opposait jusqu'à un certain point, à la prise de lambeaux, soit suivant la méthode de Dieffenbach et Baizeau, soit suivant celle de Ségalas et Nélaton. En somme, le succès avait couronné cette tentative, et, si le malade n'en a pas conservé le bénéfice, c'est qu'il en trouvait un plus grand dans le maintien de son infirmité.

***

Des altérations de la moelle dans la paralysie spinale de l'enfance et dans l'atrophie musculaire progressive.

MM. *Roger* et *Damaschino* ont fait de nouvelles recherches sur cette question, et les résultats auxquels ils sont parvenus confirment pleinement les faits qu'ils avaient énoncés déjà dans un premier mémoire touchant certaines dissemblances d'altérations de la moelle dans ces deux maladies.

L'altération caractéristique de la paralysie infantile est une lésion de la moelle épinière, dont l'atrophie des nerfs et des muscles est la conséquence. Cette lésion siège plus particulièrement dans la portion antérieure de la substance grise spinale, où elle se montre sous forme de foyers ramollis. Ce ramollissement est de nature inflammatoire et cette maladie est une myélite. La paralysie infantile doit donc être appelée paralysie spinale de l'enfance, et désormais sa place nosologique est certainement dans les affections de la moelle et dans les myélites. Quant à l'atrophie musculaire progessive, elle se différencie de la paralysie infantile aussi bien par ses symptômes que par ses lésions anatomiques. L'altération spinale consiste essentiellement dans l'atrophie des cellules motrices, sans aucun foyer de ramollissement inflammatoire.

Telles sont les conclusions auxquelles MM. Roger et Damaschino sont arrivés; mais il reste encore un point non éclairci, disent-ils, c'est la question de savoir si l'inflammation de la moelle débute primitivement dans le tissu conjonctif (myélite interstitielle) ou dans les cellules motrices (myélite parenchymateuse) pour atteindre ensuite le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Ce que ces deux auteurs ont surtout voulu mettre en lumière dans leurs savantes recherches, c'est que la phase initiale de la paralysie infantile est réellement celle d'une inflammation aiguë de la moelle épinière. (*Journal des connais. méd.*).

*

Curabilité de la phthisie par le pneumothorax

Au congrès d'Alger, M. *Hérard* a fait une communication du plus haut intérêt au point de vue de la curabilité de la phthisie pulmonaire. Elle a trait à certains cas dans lesquels, au lieu d'être une complication rapidement mortelle de la tuberculisation des poumons, l'hydropneumothorax deviendrait, au contraire, une condition possible de guérison, en entravant la marche graduelle du processus, en l'enrayant même parfois d'une façon définitive. Cette condition semblerait se rattacher à un double mécanisme : d'une part, à la compression du poumon par l'épanchement; de l'autre, à la facilité qu'éprouverait cet organe, encore perméable, à diminuer considérablement de volume. Par le fait de ce ratatinement, plus ou moins réalisable, en raison des altérations du poumon, l'évolution des lésions tuberculeuses subirait un temps d'arrêt.

Ce résultat s'observera plus particulièrement dans les premières périodes, lorsqu'au milieu d'un tissu hyperémié se rencontrent des granula-

tions éparses avec de petits noyaux caséeux. Si, au contraire, le poumon n'est plus compressible, et qu'il soit farci de tubercules, l'hydropneumothorax aggrave le pronostic, et accélère la terminaison fatale.

Il existe, entre ces deux conditions extrêmes, un état anatomique intermédiaire, dans lequel, les lésions étant localisées au sommet, une partie du parenchyme pulmonaire peut encore se condenser, d'où la diminution de l'apport sanguin vers les régions malades, et consécutivement la difficulté, pour le processus, de parcourir ses phases, etc. La guérison complète ne surviendrait alors qu'autant que le poumon du côté opposé pourrait seul faire face aux exigences de la fonction respiratoire.

*
* *

Asphyxie des nouveau-nés.

Dans notre n° 13, nous avons rapporté un moyen de rappeler à la vie les nouveau-nés en état d'asphyxie et qui consiste à les plonger dans un bain à 50°. M. le Dr *Houzel* préconise l'eau froide et expose son procédé dans une note communiquée à la *Gazette des hôpitaux*.

« Un enfant vient au monde en état de mort apparente : pendant que j'enlève avec le doigt les mucosités de la bouche jusque sur la glotte, et que je pratique rapidement l'insufflation, je fais apporter deux seaux, contenant l'un de l'eau à 50° environ, l'autre de l'eau aussi froide que possible.

Si l'insufflation ne réussit pas, et c'est le cas le plus commun, l'enfant saisi à pleines mains, les pouces sous les aisselles, les doigts se réunissant derrière la nuque afin de soutenir la tête, je le plonge jusqu'au cou dans l'eau chaude où je le laisse une demi-minute environ, et, pendant ce temps, j'essaye de pratiquer la respiration artificielle en comprimant le thorax avec les mains.

Je l'enlève brusquement et le mets dans l'eau froide, d'où je le retire aussitôt, pour le replonger dans l'eau chaude, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la respiration soit bien établie.

Souvent, à la deuxième ou à la troisième immersion, j'obtiens une inspiration profonde. En continuant avec persévérance, les inspirations se suivent à des espaces de plus en plus rapprochés jusqu'à ce que la fonction soit établie dans toute son intégrité.

Voilà plus de douze ans que j'emploie ce moyen si simple, et presque toujours avec succès. D'après mes notes, quel que soit le degré d'asphyxie de l'enfant au moment de sa naissance, dès que les bruits du cœur ont pu être entendus pendant le travail, on doit chercher à le rappeler à la vie. Il m'en a quelquefois coûté plus de deux heures d'efforts ; mais j'ai sauvé ainsi des enfants que les assistants, la sage-femme elle-même, considéraient comme morts.

Dans aucun cas, l'immersion dans l'eau froide n'a été suivie du moindre accident.

J'ai été amené à employer le moyen que je préconise par l'observation de ce qui se passe dans le bain froid.

Plongez un adulte dans l'eau froide : il se produit sur toute la peau une impression subite, énergique, qui se traduit par une action réflexe, irrésistible, de tous les muscles inspirateurs. Involontairement, il se produit une inspiration profonde, singultueuse, souvent même un cri.

C'est ce que je recherche, ce que je suis assez heureux pour obtenir dans presque tous les cas en jetant, pour ainsi dire, le nouveau-né dans l'eau froide. Si je le mets dans l'eau chaude, c'est afin d'éviter un refroidissement qui pourrait lui être funeste, puis pour obtenir une transition de température encore plus grande, et pour pouvoir impunément le replonger dans l'eau froide autant de fois qu'il sera nécessaire. Ce que je recherche avant tout, c'est l'impression brusque et énergique de la peau, et, d'après mes observations, c'est presque toujours au moment où il est saisi par l'eau froide que l'enfant asphyxié fait sa première inspiration, si brusque le plus souvent qu'elle se traduit par un cri.

Quelle que soit l'interprétation du fait, le résultat seul est important. J'ai employé, je le répète, ce moyen nombre de fois, avec un succès constant, sans qu'il en soit jamais résulté le moindre accident consécutif. »

*
* *

De l'emploi de la potion gazeuse bromurée pour combattre les nausées et les vomissements dans les affections utérines.

(Par le Dr Chéron).

Il n'est pas rare de voir persister, pendant des mois et souvent des années, chez les femmes atteintes d'affections diverses de l'appareil utéro-ovarien, des nausées et même des vomissements.

La plupart des moyens thérapeutiques échouent contre ces manifestations morbides. On ne parvient, en général, à les atténuer et enfin à les faire disparaître qu'à l'aide d'un traitement tant général que local, destiné à éteindre l'affection utérine et les actes morbides réflexes qu'elle engendre.

Dans le but d'arriver à un résultat satisfaisant par une voie plus rapide, j'ai employé la potion de Rivière, le bromure de potassium, le laudanum dilué dans l'eau pure et nombre d'autres moyens d'une action moins sérieuse.

J'ai reconnu que la combinaison de la potion gazeuze et du bromure donne des résultats bien supérieurs à ce qu'on peut obtenir de l'emploi isolé de ces deux médicaments.

Aussi, dès que je constate l'existence de nausées ou de vomissements récents ou anciens, j'emploie d'une façon suivie la potion suivante :

N° 1. —	Bicarbonate de potasse.	2	grammes.
	Eau commune.	60	—
	Bromure de potassium.	2	—
N° 2. —	Acide citrique.	4	grammes.
	Eau commune.	120	—
	Sirop de sucre.	40	—

Verser dans un verre une cuillerée à *café* du numéro 1 et une autre cuillerée à *bouche* du numéro 2, agiter et boire aussitôt.

Prendre cette même dose toutes les demi-heures et toutes les heures.

Les numéros 1 et 2 représentent la quantité du maximum à employer chaque jour.

Dans les cas de pelvi-péritonite localisée, cette potion arrête souvent les envies de vomir et les vomissements, même pendant la période aiguë.

Laboratoire municipal de chimie.

Le relevé des diverses analyses du mois de mai est des plus instructifs. Sur 231 échantillons de vins, 184 ont été trouvés mauvais, 44 passables et 6 bons; pour la bière, sur 4 échantillons, 1 mauvais, et 3 bons; pour les alcools, sur 14 échantillons, 7 mauvais, 4 passables, 3 bons; pour le lait, sur 105 échantillons, 83 mauvais, 3 passables et 19 bons; pour le pain, pâtes, pâtisseries, sur 26 échantillons, 7 passables et 19 bons; pour les viandes et charcuterie, sur 12 échantillons, 3 mauvais, 1 passable et 8 bons; pour les cafés, chicorée, thé, sur 7 échantillons, 2 mauvais, 5 bons.

Indépendamment de ces analyses, 114 prélèvements d'échantillons ont été faits par les inspecteurs dans les établissements et marchés de la capitale; après analyse, on a dû détruire des approvisionnements, parmi lesquels 17 échantillons avaient été prélevés. Dr J. GEOFFROY.

EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ

Madame Edmond Adam, qui a créé et dirige avec un talent si remarquable, un succès si éclatant, la NOUVELLE REVUE, a bien voulu nous autoriser à reproduire le compte-rendu de l'exposition d'électricité, dû à la plume de M. Gaston Sciama. Elle nous permettra de l'en remercier ici au nom des membres du *Concours*.

I

Qu'est-ce tout d'abord, que l'électricité? Pour nettement définir, quelques explications préliminaires sont indispensables.

Lorsque un corps tombe d'une certaine hauteur, la force qui l'entraîne, la pesanteur, reste invisible, et sa chute qui seule s'aperçoit, ne se termine qu'à la rencontre d'un obstacle : généralement, le sol.

Ce simple exemple permet de comprendre que toutes les forces échappent à nos sens, que leur présence se manifeste par le mouvement des corps sur lesquels elles agissent, et qu'on nomme des *moteurs*; leur effet, par le choc de ces moteurs contre une résistance qu'ils cherchent à vaincre. C'est ce dernier effet, source de la puissance de nos machines industrielles, qu'on appelle le *travail* de la force.

Au moment précis où la rencontre va avoir lieu, le moteur est donc susceptible de développer contre l'obstacle, quel qu'il soit, un travail déterminé, travail qui ne dépend que de son poids et de sa vitesse, nullement de la résistance à vaincre. Il a, par conséquent, une certaine *énergie*; ce mot seul donne l'idée exacte de la propriété qu'on a voulu entendre, et qui est la capacité de travail d'un corps sous l'action d'une force.

Cette énergie se présente sous trois formes principales : *le mouvement, la chaleur* et *l'électricité;* en d'autres termes, au moyen d'un quelconque de ces agents, en quantité suffisante, on peut toujours *créer un travail*, c'est-à-dire triompher d'une résistance. Bien que leurs caractères paraissent absolument dissemblables, il est facile de reconnaître que ces expressions diverses de l'énergie sont identiques, et se résolvent aisément les unes en les autres. L'exemple suivant fera mieux saisir notre pensée :

Un kilogramme de houille, brûlé dans un foyer, développe une certaine quantité de chaleur dont on peut se servir pour vaporiser un certain nombre connu de kilogrammes d'eau; la vapeur créée, il est facile d'utiliser sa pression pour mettre en marche une machine; l'énergie due à la combustion de la houille se trouve donc transformée en mouvement qu'on peut recueillir sur l'arbre de couche. Que cet arbre commande une machine de Gramme (nous verrons plus loin le principe de cette machine), et cette même énergie se change maintenant en électricité. Enfin, si le courant électrique produit est, comme nous l'expliquerons, arrêté par la résistance d'un corps mauvais conducteur interposé dans son circuit, il en détermine l'incandescence : l'énergie est ainsi revenue à son état primitif, la chaleur, et l'on retrouve par la combustion du corps, sauf les pertes nécessaires dues à l'imperfection des moyens mis en œuvre, la quantité de calorique qu'avait fournie le kilogramme de houille.

Le mouvement, la chaleur et l'électricité ne sont donc, comme nous l'avons dit, que les trois formes principales de l'énergie, et ces forces passent, à volonté, de l'une à l'autre, chaque fois qu'un obstacle s'oppose à la propagation d une d'entre elles.

L'électricité se transmet instantanément, à travers certains milieux, jusqu'à des distances fabuleuses, et sans perte sensible, lorsque, comme nous le verrons, la résistance du conducteur ne dépasse pas une limite; elle est l'agent le plus délicat et le plus docile de la force, mais en même temps le plus mystérieux.

Quelle que soit sa nature, bornons nos spéculations philosophiques, en l'état actuel de la science; contentons-nous de mettre à profit les précieuses qualités de cette forme d'énergie; sachons comment elle dérive des autres, sous quelles influences, dans quelles conditions, et déterminons ainsi les meilleurs modes de production des courants électriques; cherchons parallèlement de quelle manière nous pourrons l'utiliser, c'est-à-dire comment, après s'être transportée à grande distance, elle peut nous rendre l'énergie sous forme de mouvement et de chaleur, et nous aurons posé les bases de toutes ses applications industrielles.

II

Des conditions générales développées plus haut, il ressort tout d'abord qu'un courant électrique peut prendre naissance de deux façons différentes :

1° Par transformation du mouvement en électricité;

2° Par transformation de la chaleur en électricité.

Chacune de ces substitutions exige des conditions spéciales.

La première ne peut s'effectuer qu'en mettant en jeu les propriétés des aimants (nous en dirons quelques mots plus loin). L'étude des phénomènes qui l'accompagnent a conduit à la construction de ces machines magnéto-électriques qui, dès l'Exposition de 1878, émerveillaient par leurs puissants effets, et dont on peut dire qu'elles ont créé l'électricité industrielle.

La transformation de la chaleur en électricité n'a lieu que si l'on fait intervenir, soit :

1o Le frottement de certains corps, frottement qui dé-

gage toujours, comme on sait, une grande quantité de chaleur. C'est sur ce principe qu'a été imaginée la première machine électrique de Ramsden, à plateau de verre, connue de tous, et reléguée depuis longtemps parmi les instruments de laboratoire;

2° La combinaison chimique de deux corps ayant une affinité l'un pour l'autre. Cette combinaison est, en effet, toujours accompagnée d'un dégagement de chaleur qu'il est possible de transformer en électricité; les piles électriques ne sont que des applications de ce principe fondamental;

3° Un corps hétérogène dans lequel la propagation de la chaleur provenant d'un autre foyer rencontre, par suite de la structure du corps, une résistance. Ce mode de production du courant électrique est encore mal connu: il ne semble pas jusqu'ici donner de féconds résultats, mais les piles thermo-électriques qui mettent ce phénomène en jeu sont loin d'être regardées par les savants et les ingénieurs comme indignes de leurs études.

Voilà donc de quelles sources d'électricité nous disposons actuellement. Comment les juger, les classer entre elles? Evidemment, selon les courants qu'elles engendrent et selon l'économie de leur travail.

Les courants électriques ne peuvent différer que par leur puissance, et celle-ci dépend de deux éléments bien distincts, qu'une comparaison simple nous permet de définir aisément. On sait que la puissance d'un cours d'eau est proportionnelle au volume débité par seconde, et à la hauteur de chute de l'eau; de même, dans un courant électrique, devrons-nous distinguer l'intensité ou le *débit* du courant, et sa tension ou force *électro-motrice.*

La puissance est le produit de ces deux quantités: par conséquent, pour un courant déterminé, si l'un des éléments croît, l'autre décroît dans le même rapport. Chacun d'eux a une importance spéciale, une influence bonne ou néfaste, selon les applications auxquelles le courant est destiné: pour la télégraphie, par exemple, l'électricité doit être de haute tension et de moindre intensité; pour la galvanoplastie, il faut une proportion contraire.

De même, chaque source électrique fournit des courants de nature différente: la machine à plateau de verre donne un courant de faible intensité, mais de haute tension; tout autre est la pile thermo-électrique; enfin, les piles ordinaires, associées en grande quantité, selon leur mode de liaison, et les machines magnéto-électriques, selon le diamètre du fil conducteur, peuvent à volonté engendrer des courants de l'une ou l'autre nature.

Mais cette énergie, sous forme d'électricité, recueilie par simple transformation de mouvement et de chaleur, peut, sans nul doute, d'après la loi que nous avons énoncée, retourner à son premier état, et revenir par conséquent, mouvement ou chaleur. En quoi nous aura-t-elle donc été utile? Nous aurons profité de sa merveilleuse facilité à circuler instantanément dans les corps bons conducteurs pour la transporter à d'énormes distances, et jouir à Marseille, par exemple, du mouvement ou de la chaleur dont nous disposons à Paris. Il nous faut, par conséquent, étudier les conditions spéciales qui régissent ce retour à l'état primitif, et imaginer les appareils qui satisfont le mieux à ces conditions. Nous aurons créé ainsi l'utilisation du courant électrique, ou pour nous servir d'un terme plus actuel, les applications industrielles de l'électricité.

En transformant, en effet, l'énergie électrique en mouvement, nous pourrons, à grande distance, actionner des moteurs, des tramways, des locomotives, enfin créer des communications télégraphiques ou téléphoniques, comme nous allons le voir plus loin.

En transformant l'énergie électrique en chaleur, nous pourrons ou détruire l'affinité chimique de deux corps en combinaison, — et cette intéressante dissociation est le principe de la galvanoplastie, — ou encore déterminer l'incandescence des corps et leur combustion et projeter cette éblouissante lumière électrique dont les yeux ne peuvent supporter l'éclat.

III.

La transformation du mouvement en électricité ne peut, — avons-nous dit, — s'effectuer sans que les propriétés des aimants soient mises en jeu.

Toutes les fois qu'un barreau aimanté s'approche ou s'éloigne d'un fil métallique, ou d'une portion du fil, il se développe dans le fil un courant électrique, courant dont la puissance est d'autant plus énergique, que le mouvement est plus rapide. De même, si le barreau subit une aimantation supplémentaire ou une désaimantation.

Tel est le principé sur lequel reposent toutes les machines magnéto-électriques.

Une phrase aussi générale ne peut évidemment donner une idée complète du phénomène, et il faudrait sortir des limites de notre cadre si nous voulions entrer dans de plus amples détails. Mais le principe ainsi énoncé permet de comprendre la transformation qui s'opère, et les raisons qui font de ces machines de puissantes sources de courants électriques, puisque l'énergie engendrée est d'autant plus grande que le mouvement est plus rapide. C'est en effet de leur invention que date l'ère de l'électricité, et l'on peut dire que la machine de Gramme, dont la construction ne remonte qu'à 1870, est la véritable initiatrice de l'Exposition actuelle.

Cette machine, en laquelle se résume aujourd'hui le type, réalise le double problème d'une production économique de puissants courants. Sous la simple impulsion d'un moteur à vapeur ou à gaz, ou d'une turbine, elle engendre un courant électrique qui représente les 9/10 de l'énergie dépensée à la mettre en marche. Le rendement est donc excellent, et l'économie d'autant plus grande que le combustible employé, la houille, est toujours à bas prix.

Une curieuse étude que permettra l'Exposition, et qui montre aisément quel génie d'invention distingue M. Gramme, sera, pour le visiteur, la comparaison des différents types de machines magnéto-électriques qui, par la seule modification de leurs éléments, le principe restant identique, s'adaptent à chaque application diverse des courants électriques. La galvanoplastie, la télégraphie, l'éclairage ont, comme nous l'avons dit, leurs exigences particulières, qui toutes sont satisfaites. Par le seul diamètre du fil qui s'enroule sur la bobine et, par sa seule longueur, on peut à volonté, faire varier les deux éléments du courant; plus un fil est long et mince, plus il oppose de résistance à la circulation de l'électricité, et plus il augmente la tension, aux dépens de l'intensité. Les courants les plus énergiques sont-ils nécessaires? Une simple association de plusieurs machines, toutes montées sur le même arbre, et tournant ensemble, les engendre sans peine.

(A suivre). Gaston Sciama.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR: M. LE DOCTEUR AUGUSTE CÉZILLY.

France et etrang. ab. un an. — 10 fr.

Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr.

SAMEDI 21 AOUT 1881

TROISIEME ANNÉE, N° 34.

Le numéro, 40 centimes.

ADMINISTRATION

Rue du Faubourg-Poissonnière, 9, à Paris.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DU 14 AOUT 1881.

Les membres du *Concours Médical* se sont réunis en Assemblée générale, le dimanche 14 août 1881, dans les salons du grand Véfour, au Palais-Royal. C'était la première Assemblée générale régulière ! La réunion était nombreuse, malgré l'ouverture de la période électorale, et l'approche des élections qui retenait, chez eux, beaucoup de nos confrères. Malgré cette coïncidence fâcheuse, qu'il avait été impossible de prévoir, un grand nombre de membres du *Concours* avaient compris qu'ils se devaient à eux-mêmes et aux leurs d'accomplir ce premier acte d'affirmation et de se rendre à cette Assemblée, qui allait fixer les statuts de la Société civile. Quelques-uns avaient parcouru des distances considérables : nous citerons entre autres le Dr Decool, d'Hazebrouck, qui, ayant fait 300 kilomètres dans la nuit, repartait le soir même. Mais nous devons accorder une mention spéciale à notre cher collaborateur, le Dr Mignen qui, venu samedi de Montaigu (Vendée), pour assister à la réunion des comités, a été empêché, par un terrible accident, de se rendre à l'Assemblée générale le lendemain ; il s'est fracturé la jambe, en sortant de son domicile à Paris.

Tous nos confrères prendront part, comme nous, à son malheur et offriront au Dr Mignen, et à sa famille, l'expression de leurs sympathies.

Pendant le repas qui a suivi la réunion, le directeur du *Concours* et M. le Dr Bibard se sont faits les interprètes de la pensée commune, en portant la santé de notre dévoué confrère : une députation s'est rendue auprès du blessé. Puisse ce témoignage de sympathie et de confraternité alléger quelque peu les souffrances et les ennuis dont nous avons été, bien involontairement, l'occasion pour le Dr Mignen !

En ouvrant la séance, le Président a mentionné les nombreuses lettres d'excuses des adhérents et notamment de plusieurs membres des comités et des commissions d'études qui ont écrit pour s'excuser de ne pouvoir assister à l'Assemblée générale : nous remercions nos confrères de leurs communications, tout en regrettant d'avoir été privés du plaisir de les voir et de causer avec eux.

Par défaut absolu d'espace, nous ne pourrons, dans ce numéro, consacré au procès-verbal rendre compte des discussions et des divers incidents de la séance, non plus que du repas et de la soirée, contentons-nous de dire, pour le moment, que tous les assistants conserveront le meilleur souvenir de notre réunion qui inaugure, d'une façon si heureuse, la série des Assemblées générales. Nous rendrons également compte, plus tard, de la réunion professionnelle qui a eu lieu le 13 dans les bureaux du journal.

PREMIÈRE PARTIE

ADOPTION

DES

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

PROCÈS-VERBAL

A trois heures, M. le Dr Cézilly prend place au bureau entouré de MM. les Docteurs Marguerite et Decool, assesseurs; Gassot et Marais, membres du Comité d'exécution et d'organisation provisoire ; Geoffroy, secrétaire de la Rédaction, et Ribard, membre des comités.

Le bureau se constitue en nommant secrétaires M. le Dr Marais et M. Lepage.

Le Président dépose sur le bureau de l'Assemblée :

1° Le numéro du Concours en date du 25 juin 1881 portant *convocation de l'Assemblée générale pour le* 14 *août* 1881.

2° Le numéro du 30 juillet 1881 qui reproduit cette convocation et de plus porte le *règlement provisoire concernant la tenue des Assemblées générales,* ainsi que *l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée du* 14 *août.*

3° Les circulaires et communications diverses adressées aux adhérents du Concours.

4° Le numéro du 25 décembre 1880 publiant le *compte-rendu de la réunion préparatoire du* 16 *décembre* 1880.

5° Le numéro du 2 juillet 1881 portant le texte du *projet de constitution de la Société civile du Concours médical et les statuts de cette Société.*

6° L'acte sous-seing privé qui constitue la Société civile du *Concours médical* et contient ses statuts qui deviendront définitifs après leur vote par l'Assemblée générale.

Le Président rappelle à l'Assemblée que l'adhésion aux statuts de la Société civile a été constatée, pour chacun des membres, par l'acceptation d'une carte qui leur a été adressée sous leur nom et leur numéro respectifs.

Le nombre des adhérents qui, n'ayant pas retourné leur carte dans les délais prescrits, peuvent être considérés comme acceptant ces statuts, s'élève à 1.989.

En vertu de l'article 20, les conventions qui établissent la Société civile du *Concours médical* et les statuts de cette Société doivent être soumis à l'examen et à la ratification de l'Assemblée.

Les délibérations doivent être prises à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre, et les décisions sont obligatoires pour tous les adhérents.

L'Assemblée peut donc valablement délibérer sur les propositions qui vont lui être soumises.

L'ordre du jour appelle la Constitution de la Société civile du *Concours Médical.*

M. le Dr Gassot, au nom du comité d'organisation, donne lecture de l'acte sous-seing privé qui constitue la Société civile du *Concours Médical* et contient ses statuts (1).

CONSTITUTION

de la Société du "Concours médical,,

I

EXPOSÉ DES MOTIFS.

Le docteur Cézilly expose :

1° Que, frappé de l'impossibilité qu'éprouvaient à se produire au grand jour les revendications professionnelles du corps médical, il a fondé, de ses deniers, un journal d'un caractère spécial : *Le Concours médical,* où, à côté des questions d'ordre scientifique, une large place serait laissée aux questions professionnelles;

2° Qu'une œuvre de ce genre, nouvelle en France, ne pouvait être menée à bonne fin que grâce à l'appui de ses confrères, et, qu'en conséquence, il a provoqué l'adhésion écrite de nombreux médecins aux vues professionnelles et médicales qu'à diverses reprises il a exposées au corps médical;

3° Que, dans la programme de l'œuvre, il a été formellement convenu que l'appui fourni par ces adhésions au fondateur du dit *Concours médical,* aurait pour conséquence l'établissement de la propriété indivise du journal entre tous les médecins qui signeraient la susdite adhésion;

Mais que, d'autre part, il a été non moins expressément stipulé dans la formule d'adhésion que les signataires ne pourraient, en aucun cas, être tenus

(1) Copie de cet acte a été publiée au numéro 27 du Journal le *Concours Médical* (2 juillet 1881).

à aucune contribution ni responsabilité pécuniaires quelconques ;

4° Qu'entre le fait de propriété, d'une part, et celui d'absence de charges éventuelles, d'autre part, il existe une incomptabilité absolue, et que, par conséquent, nécessité est de rechercher la solution la plus conforme aux intérêts de tous ;

5° Qu'à cet égard, les propositions faites par le Conseil judiciaire du *Concours médical*, dans la séance préparatoire du 16 décembre 1880, donnent toutes les satisfactions désirables et concilient de la façon la plus heureuse les termes du contrat moral intervenu entre le fondateur et les adhérents du *Concours médical ;*

6° Enfin que ces propositions, agréées par l'unanimité des membres présents à la séance préparatoire et publiées dans le compte-rendu de cette séance, n'ont soulevé, de la part des autres adhérents, aucune objection et, qu'en conséquence, il y a lieu de les adopter d'une façon définitive.

Ceci exposé, le docteur Cézilly, soussigné, établit les conventions suivantes :

§ 1er. — Propriété du journal.

Article premier. — La propriété du journal « *le Concours médical* » reste appartenir au docteur Cézilly, son fondateur.

Art. 2. — Cette propriété se transmettra aux ayants-droit du docteur Cézilly.

Art. 3. — En cas de vente de cette propriété, la société ci-après formée entre les membres du *Concours médical* jouira du droit de préemption à prix égal.

L'acquéreur sera tenu d'exécuter toutes les charges et conditions résultant des présentes conventions.

§ 2. — Administration et gérance.

Art. 4. — Les fonctions de rédacteur en chef, celles d'administrateur et de gérant du journal « *le Concours médical* » sont dévolues au docteur Cézilly.

Art. 5. — Ses droits sont limités par ceux des comités d'administration, de rédaction et d'études des annonces dont il sera parlé plus loin.

Art. 6. — Le docteur Cézilly a le droit de présenter son successeur aux fonctions mentionnées à l'article 4, sous les seules conditions que celui-ci sera membre du *Concours médical* et agréé par l'assemblée générale.

Cette faculté, personnelle au docteur Cézilly, ne sera attribuée à son successeur que si celui-ci est seul propriétaire du journal.

Art. 7. — Si, pour une raison quelconque, le docteur Cézilly, ou son successeur, n'a pu user de cette faculté, la désignation du nouveau titulaire des fonctions mentionnées à l'article 4 sera faite par un conseil composé des membres des trois comités désignés par l'article 5, auxquels s'adjoindra, pour la circonstance, le propriétaire du journal ou son représentant dûment délégué.

Cette désignation, qui ne pourra porter que sur un membre du *Concours médical*, sera soumise à la ratification de l'assemblée générale.

§ 3. — Bénéfices de l'exploitation.

Art. 8. — Tous les frais généraux prélevés, les bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical* appartiennent :

10 p. 0/0 à la propriété du journal.

90 p. 0/0 à la société civile du *Concours médical* dont il va être ultérieurement parlé.

Art. 9. — Cette proportion ne pourra être modifiée tant que les fonctions mentionnées à l'article 4 resteront entre les mains du docteur Cézilly, ou de toute personne désignée directement par lui conformément à l'article 6 ci-dessus.

Mais, si le titulaire de ces fonctions était nommé conformément à l'article 7 ci-dessus, la propriété du journal serait alors rémunérée par le prélèvement de 10 p. 0/0 sur les recettes brutes, et non plus sur les bénéfices nets de l'exploitation.

§ 4. — Société civile.

Art. 10. — Sur ces bases est fondée *la Société civile du Concours médical* dont suivent les statuts.

II.

Statuts de la Société Civile du „Concours médical".

Article premier. — Il est fondé une société entre :

D'une part, le fondateur du *Concours médical.*

Et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts d'après le mode ci-après indiqué à l'article 16.

Art. 2. — Cette société prend le nom de *Société civile du Concours médical.*

Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

Art. 3. — Elle a pour objet la perception, l'encaissement et l'emploi de la fraction de 90 p. 0/0 des bénéfices nets provenant de l'exploitation du journal *le Concours médical*, ainsi qu'il est stipulé à l'article 8 des conventions précédentes.

Art. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

Art. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au directeur.

Art. 8. — Le sociétaire qui se retire, ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

Art. 9. — Le fonds social se compose :

a, des 90 p. 0/0 annuellement prélevés sur les bénéfices de l'exploitation de ce journal ;

b, des fonds et valeurs provenant de l'emploi et des revenus de ces bénéfices ;

c, de tous les dons et legs faits au profit de la Société et, en un mot, de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Art. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tous cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée, par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires, dans un but de solidarité et de confraternité.

Art. 11. — Le *docteur* Cézilly est Directeur de la Société, conformément à l'article 1856 du code civil.

Art. 12. — Près du Directeur sont institués trois comités consultatifs :

a, Comité d'administration.

b, Comité de rédaction.

c, Comité d'étude des annonces.

La composition et les attributions de ces comités, ainsi que le mode de nomination de leurs membres seront fixés par un règlement intérieur.

Art. 13. — Chaque année a lieu une assemblée générale des sociétaires ; cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

Art. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Art. 15. — La Société sera dissoute à défaut de bénéfices provenant de l'exploitation du journal le *Concours médical.*

Art. 16. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée par l'acceptation, *sans retour dans la quinzaine de son envoi*, d'une carte qui sera adressée, sous leur nom et leur numéro d'inscription respectifs, à tous les médecins qui ont donné leur adhésion au programme du *Concours médical.*

Cette carte servira de titre pour la participation à tous les actes de la Société.

Art. 17. — Des règlements intérieurs, proposés par le Directeur et approuvés par l'Assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes exposés dans les présents statuts.

Art. 18. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts ni aux conventions qui les précèdent que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le ou les propriétaires du journal, d'une part.

Et d'autre part, la société civile du *Concours médical.*

Art. 19. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

Art. 20. — Les présentes seront soumises à l'examen et à la ratification d'une Assemblée générale constitutive qui sera convoquée aussitôt que possible. Les délibérations seront prises, dans cette assemblée, à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre, et les décisions seront obligatoires pour tous les adhérents.

Dr Cézilly.

Nota : Les cartes ont été adressées aux adhérents.

Les statuts sont adoptés par l'Assemblée.

M. le Dr. Gassot donne ensuite lecture à l'Assemblée du projet de règlement établi en vertu des articles 12 et 17 des statuts précédemment adoptés :

REGLEMENT CONCERNANT LES COMITÉS

§ 1. — Attributions.

Art. 1. — La Société civile du *Concours médical* est représentée près du Directeur par un comité d'administration, de rédaction et un comité d'études des annonces.

Art. 2. — *Le comité d'administration* contrôle la comptabilité de l'exploitation du journal ; il assure l'exécution des décisions de l'Assemblée générale, notamment en ce qui concerne l'emploi des fonds sociaux.

Art. 3. — *Le comité de rédaction* émet son avis sur la forme et les tendances spéciales de la rédaction, et contrôle l'exécution matérielle du journal.

Art. 4. — *Le comité d'études des annonces* se prononce sur l'acceptation des produits qui lui sont soumis, et sur les conditions des traités de publicité acceptés par le *Concours médical.*

Art. 5. — Les pouvoirs des comités sont strictement limités à leurs attributions respectives. Leurs décisions sont obligatoires pour le Directeur.

§ 2. — Composition. — Nomination.

Art. 6. — Chacun des comités se compose de trois membres.

Art. 7. — Les membres des comités sont nommés par l'Assemblée générale sur la présentation du Directeur.

Art. 8. — La durée de leurs fonctions est d'une année. Dans l'intérêt du *Concours*, elle peut être prolongée sur la demande du Directeur et par mesure individuelle.

§ 3. — Fonctionnement.

Art. 9. — Les comités sont, de droit, présidés

par le Directeur qui peut, en cas d'empêchement, déléguer la présidence à l'un des membres.

Art. 10. — Les Comités se réunissent, sur la convocation du directeur toutes les fois que besoin s'en fait sentir. Leurs membres peuvent être individuellement consultés pour les questions courantes.

Art. 11. — Au sein des comités, les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 12.—Chaque comité adresse à l'Assemblée générale un rapport spécial sur la partie de la question qui le concerne.

§ 4. Conseil des Comités

Art. 13. — Les Comités se réunissent au moins une fois chaque année en *conseil des comités* pour entendre la lecture des rapports présentés à l'Assemblée générale par le directeur et par chacun des Comités en particulier.

Le Conseil des comités approuve la situation et les inventaires annuels avant leur présentation à l'Assemblée générale. Il arrête le projet de budget qui sera soumis à cette assemblée, ainsi que les propositions qui lui seront faites pour l'emploi des bénéfices annuels.

Art. 14. — Le conseil des comités prononce l'exclusion des membres indignes conformément à l'article 6 des statuts.

Art. 15. — La présence de cinq membres au moins, y compris le Directeur est nécessaire, pour assurer la validité des décisions du conseil des comités. Les décisions sont prises à la majorité des voix, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

Toutefois l'exclusion d'un membre du *Concours* ne pourra être prononcée qu'à l'unanimité des membres présents.

§ 5. Secrétaires des comités.

Art. 16. — Le Directeur a la faculté de choisir au sein de chaque comité un membre qui remplit les fonctions de secrétaire et auquel il peut déléguer une partie de ses pouvoirs.

Art. 17. — Les secrétaires ainsi choisis ne sont responsables que vis-à-vis du Directeur pour les actes qu'ils ont accomplis en vertu de cette délégation.

Art. 18. — Les secrétaires des comités peuvent être réunis sous la présidence du Directeur pour former un *Conseil de direction* chargé d'expédier les affaires courantes auxquelles la réunion complète des comités, vu l'éloignement des différents membres, apporterait un retard préjudiciable.

§ 6. Indemnité.

Art. 19. — Les membres des comités reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée par l'Assemblée générale. Une indemnité de déplacement peut leur être attribuée, s'il y a lieu.

Art. 20. — Il est outre alloué à chacun des secrétaires, nommés en vertu de l'article 16, une somme évaluée à 1 0/0 des recettes brutes du *Concours*.

Le règlement est adopté.

Le Président propose à l'Assemblée l'adoption de la résolution suivante :

RÉSOLUTION

La valeur du jeton de présence alloué aux membres des comités est fixée à vingt francs.

Adopté.

Conformément à l'article du règlement, le Président propose à l'assemblée les nominations suivantes :

1° *Comité d'administration* : MM. Durand, d'Arcueil ; Lebrun, de Bar-sur-Aube ; Ribard, de Meudon.

2° *Comité de rédaction* : MM. Marais, de Honfleur ; Geoffroy, de Paris ; Poulet, de Plancher-les-Mines.

3° *Comité des Etudes des annonces* : MM Gassot, de Chevilly ; Rabourdin, de Vove s ; Cambouliyes, de Graulhet.

Ces nominations sont *faites à l'unanimité*.

Les membres nommés, acceptant les fonctions qui leur sont confiées, le Président déclare définitivement constituée *la Société civile du Concours Médical*.

DEUXIEME PARTIE

SÉANCE ORDINAIRE

L'ordre du jour appelle la discussion des règlements intérieurs prévus par l'article XVII des statuts.

Lecture est donnée par M. le docteur Marais, membre du Comité d'organisation, du projet de règlement concernant la direction du *Concours Médical*.

RÈGLEMENT CONCERNANT LA DIRECTION.

Art. 1. — Les fonctions de Directeur de la Société civile du *Concours médical* ne peuvent être séparées de celles de rédacteur en chef et administrateur du journal « *le Concours médical* ».

La nomination à ces dernières fonctions implique donc celle de Directeur de la Société.

Art. 2. — Ces fonctions comprises sous le titre de *directeur du Concours médical*, sont rémunérées par le prélèvement de dix pour cent sur les recettes brutes du journal le *Concours médical*.

Art. 3. — Le Directeur du *Concours médical* ne peut agir au nom de la Société civile sans avoir préalablement consulté le comité d'administration.

Art. 4. — Le Directeur dresse, chaque année, la situation et l'inventaire qu'il présente à l'approbation de l'Assemblée générale après les avoir fait vérifier par le conseil des comités.

Il soumet à la même assemblée un rapport général sur l'exploitation du journal pendant le cours de l'année écoulée.

Art. 5. — Le Directeur n'est responsable devant l'Assemblée générale qu'en cas d'infractions aux statuts ou règlements en vigueur.

Art. 6. — En cas de vacance du titulaire, et jusqu'à ce qu'il ait pu être procédé à une nomination nouvelle, les fonctions mentionnées à l'article 1 du présent règlement sont exercées par le conseil de direction.

La nomination des secrétaires qui composent ce comité, si elle n'a pas été faite par le Directeur sortant ou décédé sera faite par chaque comité qui choisit un membre dans son sein.

Aussitôt constitué, le conseil de direction provoquera la réunion du conseil spécial chargé de nommer un nouveau Directeur.

Art. 7. — Si le Directeur est nommé conformément à l'article 7 des conventions préliminaires sur lesquelles repose la création de la Société civile, le présent règlement sera exécutoire jusqu'à la réunion de l'Assemblée générale qui seule a qualité pour la réviser.

Adopté.

M. le Dr Cézilly propose l'adoption à titre définitif, comme règlement concernant la tenue des Assemblées générales, du projet publié au journal dans le numéro du 30 juillet dernier, en vue de la présente Assemblée.

Lecture est donnée de ce projet :

RÈGLEMENT

Concernant la tenue des Assemblées générales.

Article premier. — La convocation pour les assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, 15 jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le bureau est constitué par le Directeur, *Président de droit*, deux médecins choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion, et pour rendre les débats aussi fructueux que possible, tout membre qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée, et publié dans le numéro du journal qui suivra la réunion.

Adopté.

Un des secrétaires donne lecture du projet de règlement concernant l'exclusion des membres du *Concours* et de celui qui concerne les adhésions nouvelles.

RÈGLEMENT

Concernant l'exclusion des membres de la Société civile du Concours Médical.

Article premier. — Sur enquête provoquée par le Directeur, le Conseil des Comités prononce à l'unanimité des membres présents, et en premier ressort seulement, l'exclusion des membres du *Concours Médical*, le confrère dont l'exclusion sera en discussion ayant été entendu.

Cette exclusion ne devient définitive qu'après ratification par l'Assemblée générale.

Art. 2. — La signification de l'exclusion est faite par le Directeur sous forme de *lettre recommandée*. Les motifs de l'exclusion n'y sont pas mentionnés.

Art. 3. — Aucun recours n'est admis contre l'exclusion, dès qu'elle a été prononcée par l'Assemblée.

Art. 4. — Les procès-verbaux des séances du Conseil des Comités ne portent que mention des exclusions prononcées, et n'en font pas connaître les motifs.

Adopté.

RÈGLEMENT

Concernant les adhésions nouvelles et l'admission dans l'avenir des membres de la Société civile.

Article premier. — A l'avenir, les agrégations de nouveaux membres à la *Société civile du Concours médical* se feront par séries, tous les trimestres.

Art. 2. — Les inscriptions continueront à être reçues comme par le passé et seront mentionnées, dans le journal, à la correspondance.

Art. 3. — L'admission au nombre des membres de la Société civile sera notifiée par l'envoi d'une carte semblable à celle qu'ont reçue les membres actuels conformément à l'article 16 des statuts.

Art. 4. — Les adhérents inscrits comme futurs membres de la Société civile jouissent de tous les avantages attachés au titre de membre de la So-

ciété civile, mais ils ne prennent part à son administration que si leur admission régulière a été constatée.

Art. 5. — Les étudiants en médecine français, qui en feront la demande, recevront gratuitement le journal et jouiront des avantages obtenus près des fournisseurs, mais ils ne pourront être admis comme membres de la Société civile tant qu'ils n'auront pas obtenu le titre de docteur ou d'officier de santé.

Art. 6. — Dès l'instant qu'un membre, par décès, démission ou tout autre cause, cessera de faire partie de la *Société civile du Concours médical*, la carte dont il est parlé à l'article 3 ci-dessus, devra être renvoyée à l'administration du *Concours*.

Faute de remplir cette formalité, l'administration ferait percevoir le prix de l'abonnement au journal, à dater de la cessation de la qualité de membre du *Concours médical*.

Adopté.

Un des secrétaires donne lecture du *Règlement de la Caisse de prévoyance du Concours médical* :

RÈGLEMENT

de la Caisse de prévoyance du *Concours médical*.

Art. 1. — Dans le but de faciliter aux membres du *Concours*, l'assurance sur la vie, il est créé une caisse spéciale dite *Caisse de prévoyance* des assurés sur la vie.

Art. 2. — Cette caisse est alimentée :

1° Par les recettes provenant des assurances contractées par les membres du *Concours*.

2° Par les dons, legs etc... faits en sa faveur.

3° Par les intérêts accumulés provenant de ces sommes.

Art. 3. — La *Caisse de prévoyance* a pour *fonction* de verser dans des conditions déterminées, les primes que les assurés seraient accidentellement empêchés de payer de leurs deniers. Elle évite ainsi un dommage qui résulte toujours, pour un assuré, de sa gêne momentanée.

Art. 4. — La *Caisse de prévoyance* est administrée par le Directeur, assisté du comité d'administration de la Société civile du *Concours médical*.

Art. 5. — Pour avoir le droit de recourir à la *Caisse de prévoyance*, les assurés sur la vie doivent :

1° Avoir versé une somme initiale au moment où ils ont contracté l'assurance.

2° Avoir contracté cette assurance depuis un délai minimum de cinq années.

Art. 6. — Par convention spéciale avec la *Compagnie d'assurances sur la vie, la New-York*, tout membre du *Concours médical*, qui contracte assurance à cette compagnie, procure un versement à la *Caisse de prévoyance*. Ce versement est de quotité variable : 1° selon qu'il est conclu au *Bureau de Paris*, ou par l'intermédiaire d'un agent de la compagnie; 2° selon le mode d'assurance (vie entière, prime temporaire, accumulation, rente viagère, etc.).

Cette convention crée pour les assurés à la New-York un droit naturel.

Art. 7. — Les assurés aux autres compagnies devront verser une somme équivalente à la moitié de leur prime annuelle.

Art. 8. — Pendant les premières années de son *Contrat d'assurance*, aucun assuré n'a le *droit* de recourir à la caisse de prévoyance. Durant cette période les administrateurs de la caisse *peuvent* accorder une subvention totale ou partielle dans des circonstances qu'il leur appartient d'apprécier.

Art. 9. — Dès la cinquième année révolue, tout assuré qui réclame le versement de sa prime par la *Caisse de prévoyance*, transfère sa *police* à celle-ci. Ce transfert devient le gage du prêt. En aucune circonstance la caisse ne peut éprouver aucune perte du chef de ce prêt. La police est restituée à l'emprunteur, dès qu'il a restitué capital et intérêts des avances à lui faites.

Art. 10. — La durée des versements consécutifs de la prime annuelle de l'un des assurés, ne peut en droit excéder trois années. — Les administrateurs ont la faculté de prolonger cette durée.

Art. 11. — Dans le cas où, au bout de ses trois versements, l'assuré déclare ne pouvoir reprendre lui-même le solde de ses primes, la *caisse* fait les démarches nécessaires pour la résiliation de la police, ou elle continue, si ses ressources le lui permettent, les versements pour son propre compte et en cas de *décès* de l'assuré ou de l'expiration du *contrat*, elle tient compte aux héritiers, ou à l'assuré, des résultats de l'assurance dans les proportions des versements respectifs. *Dans ce dernier cas, les intérêts de l'assuré ont été protégés tout comme s'il avait pu et voulu tenir les engagements du contrat primitif dans leur intégrité. On lui en assure ainsi les légitimes avantages.*

Art. 12. — La *Caisse de prévoyance* n'est tenue à ces engagements que jusqu'à épuisement de ses ressources. — Ses fonds ne peuvent avoir aucune autre affectation que celle ci-dessus indiquée.

Art. 13. — Les fonds de la *Caisse de prévoyance* sont déposés dans un établissement public, sous la forme de valeurs telles que rentes francaises, obligations du Crédit foncier, obligations des grandes lignes de chemins de fer français. Ces placements de fonds et les ventes sont opérés par les soins du Directeur qui délivre reçu des versements à la *Caisse*, et signe les pièces constatant les sorties de fonds.

Art. 14. — Tout assuré s'interdit tout recours aux *voies judiciaires*. En cas de contestations, celles-ci seront résolues par le Conseil des comités qui prononcera sans recours.

Art. 13. — En cas d'épuisement des ressources de la *Caisse de prévoyance*, l'Assemblée générale des membres du *Concours médical* a la faculté de lui consentir un prêt sur ses fonds disponibles.

Adopté.

Quelques modifications, proposées par les membres présents, ont été apportées à la teneur des règlements proposés. L'espace ne nous permet pas de les mentionner en détail. Nous y reviendrons.

C'est à ce moment que M. le Directeur du *Concours* prend la parole :

Messieurs,

Nous sommes réunis pour préciser par des statuts et par une organisation, la forme définitive de notre société du *Concours médical*.

L'acception du mot *Concours*, que nous avons adoptée signifie que chacun des adhérents veut concourir de tout son pouvoir au but commun.

Ce but c'est l'union plus intime entre les membres de notre profession ; c'est la consolidation de ce lien assez fragile, trop fragile, qu'on a décoré du beau nom de confraternité.

Le mot confrère est souvent sur nos lèvres, il doit aussi être l'expression de nos sentiments intimes.

Le journal s'applique à répéter sans cesse que les concessions réciproques, les petits sacrifices d'amour-propre sont aussi indispensables à l'union des frères de profession qu'ils le sont à l'union des frères de naissance.

Il doit démontrer que se conduire en bon confrère, c'est recueillir la récompense immédiate du devoir accompli, et ensuite celle qui réside dans l'accroissement de l'honorabilité personnelle et de la considération pour la profession.

Nous constatons, chaque jour, que les médecins sont disposés à rompre avec de tristes traditions d'antagonisme facile à naître dans leurs esprits aigris par des labeurs trop assidus et par les anxiétés du présent et de l'avenir.

Ils arrivent à se convaincre qu'ils ont l'obligation, sinon d'exalter leur mérite réciproque, du moins de veiller avec un soin jaloux à ce que le public ne puisse médire devant eux-mêmes d'un concurrent.

La confraternité est le seul moyen en notre pouvoir pour établir cette union plus étroite du corps médical, qui est le but que s'est assigné notre concours.

Mais dire : unissons-nous, n'aurait pas grande signification, si nous ne précisions les moyens de cette union.

Nous en avons indiqué plusieurs.

1° Rédiger un programme de nos revendications législatives : c'est ce que nous avons commencé et ce que vous nous aiderez à mener à bien.

2° Créer des syndicats médicaux.

Vous savez ce que notre journal a déjà fait dans ce sens.

Vous savez quelle impulsion sérieuse est imprimée à la création des *syndicats médicaux*, nos défenseurs de l'avenir, les redresseurs possibles de nos propres errements et des abus dont nous sommes les victimes bénévoles.

L'introduction de cette question, *qui est bien l'œuvre du Concours*, est à mon avis, la plus digne de fixer notre attention.

C'est sur ce point que je désire l'appeler d'une façon toute spéciale.

C'est en faveur de sa solution que je réclame tout votre appui.

Nous devrions bien (c'est un souhait que je forme pour l'avenir), assigner à notre journal, le rôle d'organe du *grand syndicat des médecins de France*. Favoriser de tout notre pouvoir l'établissement des syndicats locaux, les grouper ensuite, leur prêter l'appui efficace de notre publicité, et, au besoin, de notre argent, est un but d'utilité générale et d'intérêt particulier pour tout adhérent du *Concours*.

Nous savons bien que ces créations de *syndicats* présentent des difficultés, réclament un grand esprit de suite, une persévérance d'efforts, à toute épreuve, de la part de leurs initiateurs. Mais Dieu merci, (et nous en avons tous les jours des témoignages), il se rencontre parmi nous des hommes de bon vouloir et d'assez de talent pour mener à bonne fin, la création d'un *syndicat*. Vous pourrez tout à l'heure entendre de la bouche de M. le Dr Margueritte (*du Havre*), le récit d'une de ces créations.

Notre confrère, pour démontrer que sa proposition était sérieuse, a procédé de la bonne manière. Assisté de ses confrères les plus éminents, il a formé un *syndicat médical*, dans cette intelligente ville du *Havre*, d'où depuis quelques années nous viennent de nombreux exemples à suivre.

Nous n'avons pas été les seuls, comme vous le savez, à nous en inspirer.

Vous connaissez maintenant, les tendances du *Concours médical*, il nous restait à fixer ses statuts : ils devaient assurer l'existence de la Société civile, et celle du journal qui est lié d'une façon intime à la Société. Les statuts et les règlements d'organisation intérieure, œuvre de MM. Marais, Gassot et Durand, membres de la *commission d'organisation*, que vous avez nommée en décembre, devaient être conçus de façon à permettre le développement que l'avenir, j'en ai la ferme confiance, réserve à la société du *Concours médical*.

La pratique nous enseignera les modifications que nous devrons apporter à la *réglementation intérieure*. Quant aux statuts, ils devront être définitifs dans leur ensemble, et vous les avez consacrés par votre approbation.

Un de nos confrères, M. le Dr Ribard, membre du *comité d'administration*, vous parlera de la *caisse de prévoyance* des assurés sur la vie du *Concours médical*. La somme qu'elle possède, placée en titres de tout repos, n'est pas encore considérable, mais on vous dira qu'elle est et sera toujours en exacte proportion avec le nombre des assurés.

On vous fera remarquer aussi qu'il vous est facultatif, quelle que soit la compagnie à laquelle vous ayez accordé votre confiance, de vous assurer les bienfaits de la caisse, moyennant un faible sacrifice.

Si elle débute modestement, elle n'en existe pas moins, et ne craint aucune éventualité. Il en est qui ont débuté plus modestement encore et qui aujourd'hui sont en pleine prospérité.

M. le Dr Marais, membre de la commission

d'organisation, vous dira comment ont été mises à exécution les diverses décisions qu'avait prises l'Assemblée provisoire de décembre 1880. Laissez-moi le remercier ici de tout ce qu'il fait pour le *Concours médical*. Non content des intéressantes communications qu'il nous adresse, trop rarement à notre gré, sur la déontologie, il a voulu encore, à l'abri d'un pseudonyme transparent, contribuer à la rédaction du journal, en sa qualité de membre du comité de rédaction.

Je dois vous présenter, Messieurs, le secrétaire de ce comité, M. le Dr Geoffroy que jusqu'ici vous ne connaissez que de nom.

M. Geoffroy était le disciple et l'ami du regretté Broca. Peu de temps avant sa mort prématurée, ce savant maître, bon juge du mérite, avait prié M. Geoffroy, auteur des études que vous connaissez, sans doute, sur l'anatomie et la physiologie d'Aristote, de délaisser la clientèle, et de se consacrer uniquement à la science.

Espérons qu'un jour, le *Concours médical* pourra faciliter à notre confrère la voie que M. Broca lui avait tracée.

M. Geoffroy vous parlera du journal et des améliorations que nous désirons y introduire.

Je n'ai pas à vous présenter M. le Dr Gassot, notre infatigable confrère; vous le connaissez tous, puisqu'il est toujours présent à nos réunions, et toujours sur la brèche pour la défense de nos plus chers intérêts.

Nous prêterons une oreille attentive et favorablement prévenue, au rapport qu'il nous présentera au nom du *Comité d'étude des annonces* dont il a consenti à être le secrétaire actif.

Nous nous inspirerons tous de ses conseils afin d'assurer et d'agrandir la prospérité du *Concours médical*.

Notre excellent confrère, M. le Dr Durand, membre du Comité d'administration, ne pourra, pour raison de santé, remplir son rôle de rapporteur.

M. le docteur Ribard, vous rendra compte de la fortune du *Concours* et de la gestion de ses affaires. Il vous mettra au courant, avec la mesure que comportent ces questions d'économie intérieure, des progrès qu'a faits l'exploitation matérielle du journal, l'instrument de notre Société.

Le journal est coûteux, et je souhaite qu'il le devienne plus encore.

L'expérience du passé confirme ma conviction, que plus il coûtera, plus il produira.

Vous me permettrez de vous dire que j'attache le plus grand intérêt à ces produits.

Mon plus cher désir serait de les voir vous faire de gros revenus.

Et je ne crois pas trop compter sur votre volonté en espérant que, dans un avenir prochain, vous aurez à votre disposition les sommes élevées que vous saurez si bien employer.

Nous n'en sommes pas là, pour le moment; mais vous remarquerez que, dans le cours de l'année écoulée, vous avez fait déjà des affectations anticipées, et que le *Concours* est un journal unique en son genre, puisqu'il se prive volontairement de cette somme de 40,000 francs que représenteraient les 2,000 abonnements de ses propriétaires.

Je n'insiste pas sur ce point, et me contente de vous prier de considérer tous les services que nous nous sommes déjà rendus les uns aux autres, et que nous serions aptes à nous rendre dans une bien plus grande proportion, si chacun savait se pénétrer absolument de nos idées de solidarité.

Cela fait, il nous restera, messieurs, pour préciser certains points de l'union que nous voulons établir, à nous transformer pour quelques instants, en assemblée d'intérêts professionnels.

Comme conclusion, il y aurait intérêt à nommer une *Commission* chargée de prendre les mesures nécessaires pour faire aboutir nos vœux.

Les élections à la députation, hâtées d'une façon si imprévue, nous privent de l'assistance de quelques *députés ou sénateurs médecins*, qui devaient se joindre à nous, et de celle de nombreux membres du *Concours*.

Ils ont allégué, pour s'excuser de leur absence, l'obligation qui leur incombe à divers titres d'assister à des réunions politiques.

Ce n'est certes pas moi qui les en blâmerai; au contraire, je voudrais voir tout médecin, à quelque opinion qu'il appartienne, prendre une part active à la vie politique de sa région.

Pourquoi délaisser l'accomplissement d'un devoir qui incombe à chacun de nous et qui pourra en outre nous permettre de faire écouter, avec quelque attention, par nos futurs législateurs, nos revendications légitimes?

J'avais l'honneur de vous dire dernièrement, chers confrères, que le titre de membre du *Concours médical* aurait un jour quelque valeur; si j'en croyais mes nombreux correspondants, ce jour serait déjà venu.

Vous appréciez comme moi le mérite de ceux de nos confrères qui ont bien voulu nous prêter leur collaboration à divers titres.

Ce sont tous des médecins praticiens; c'est parmi eux que le *Concours* devait rencontrer ses interprètes les plus autorisés; seuls nos égaux connaissent nos besoins, pour les avoir éprouvés; seuls nos pairs peuvent prendre chaudement nos intérêts parce que nos intérêts sont les leurs. Nous ne pouvions donc charger de prévoir les uns et de défendre les autres, que nos égaux et nos pairs.

Peut-être les efforts de nos collaborateurs permettront-ils, pour la première fois, de faire entendre la voix de plus de deux mille médecins, lorsque viendra le moment de faire ces lois qui nous touchent de si près.

Pour terminer: un mot du président *Garfield*: « Rien n'est impossible, disait-il, avec l'aide du grand nombre. »

Je dois, en conséquence, vous adresser à nouveau la pressante invitation d'accroître sans cesse le nombre des partisans convaincus de notre concours confraternel. Tout est possible à quelques milliers de médecins unis de cœur et de volonté, bien décidés à la poursuite persévérante d'une entreprise qui ne peut porter tous ses fruits en une année, mais est assurée de ne pas demeurer stérile avec l'aide du temps et de votre concours énergique.

Les applaudissements de l'Assemblée viennent, à ce moment, consacrer l'exposé du Directeur.

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Geoffroy, secrétaire du Comité de rédaction et secrétaire de la rédaction, pour lire le RAPPORT DU COMITÉ DE RÉDACTION.

Messieurs et chers confrères,

J'ai à vous rendre compte des travaux du *Comité de Rédaction*, et, par conséquent, à vous faire connaître le plan qui a été adopté, la méthode qui a été suivie dans la rédaction de notre journal. Il semble, MM., que ma tâche soit assez facile, puisque le *Concours médical* se présente régulièrement toutes les semaines à votre appréciation, et que vous avez ainsi pu suivre pas à pas le chemin qu'il a parcouru : néanmoins il est un certain nombre de points sur lesquels il est de toute nécessité que j'appelle spécialement votre attention.

Vous avez bien certainement remarqué, MM., que le *Concours médical* n'est pas un journal comme tous les autres. S'il s'était agi simplement d'imiter nos devanciers, nos aînés dans le journalisme (et certes ils sont nombreux), il eût été fort peu utile de créer une nouvelle feuille, dont le besoin ne se faisait nullement sentir : mais telle n'a pas été la pensée qui a présidé à la fondation du *Concours médical*. Au milieu de cette richesse exubérante de journaux médicaux, tous fort respectables, tous très intéressants à différents points de vue, et qui mettent si parfaitement en relief le talent très réel, incontestable, de leurs rédacteurs, il y avait disette absolue de feuilles spécialement consacrées à défendre les plus chers intérêts de leurs lecteurs. Signaler les abus nombreux et criants dont le médecin est tous les jours victime; attirer l'attention du corps médical sur les réformes les plus pressantes à introduire dans la législation surannée qui réglemente notre profession ; chercher, par tous les moyens honnêtes et légitimes qui sont à notre disposition, à augmenter autant que possible le bien-être du praticien ; entretenir en lui le sentiment de la dignité professionnelle, et cela, tout en le tenant au courant des progrès de la science : tel a été le but, bien modeste sans doute, mais aussi bien généreux et d'une incontestable utilité, que notre fondateur s'est proposé; tel a été le but que la Rédaction s'est efforcée d'atteindre. Pour cela, MM., il s'agissait de trouver des collaborateurs dévoués aux intérêts de leur corporation, au point de lui sacrifier leur peine et leur temps ; assez courageux pour oser s'attaquer à des abus que le temps et les préjugés semblaient avoir définitivement enracinés dans les mœurs de notre époque. Sans doute, ce n'est pas le courage, ce n'est pas le dévouement qui font défaut aux hommes de notre profession ; ce sont là, au contraire, des vertus essentiellement médicales, et dont tous les jours quelques-uns d'entre nous sont appelés à donner la preuve ; mais il y a tant à faire dans cette voie des réformes, et le médecin est tellement habitué aujourd'hui à souffrir, sans se plaindre, que toute tentative de progrès paraissait condamnée d'avance par notre scepticisme et notre indifférence.

Eh bien ! il n'en a pas été ainsi, il n'en sera plus ainsi : le *Concours médical*, dont vous êtes venus constater les premiers pas l'année dernière, a continué à marcher dans la voie qu'il s'était tracée. L'enfant, comme le disait un de nos confrères, était né viable; et j'ajouterai qu'il était bien constitué, car il est devenu un lutteur vigoureux qui entend bien tenir sa place au soleil : qui donc la lui refuserait?

Cette place, nous avons quelque droit de dire qu'il l'a conquise : grâce à l'infatigable persévérance de notre directeur, la rédaction se trouve établie dès maintenant sur des bases solides. Pour vous en donner la ferme assurance, la preuve indiscutable, je vais vous inviter, MM., à parcourir avec moi nos colonnes, à passer en revue les titres généraux et, par conséquent, les grandes divisions sous lesquelles nous avons cru devoir ranger tous les sujets qu'il nous semblait utile de traiter.

A la première page figure le BULLETIN DE LA SEMAINE, véritable causerie dans laquelle nous entretenons le lecteur des faits importants, scientifiques ou professionnels, qui se sont récemment produits, — des grands débats académiques, — des questions de pratique ou d'enseignement. C'est ainsi que nous avons dû traiter de la *rage*, de la *pustule maligne*, de la *trichinose*, et, en dernier lieu, des travaux de M. Pasteur sur l'*étiologie et la prophylaxie du charbon*. La question de la *vaccination obligatoire* nous a longtemps occupés, de même que la *réorganisation des services d'accouchement dans les hôpitaux* et le développement nécessaire à donner à *l'enseignement obstétrical* de la Faculté de Paris.

Ces trois derniers points : vaccination obligatoire, services hospitaliers d'accouchements et enseignement officiel de l'obstétrique étant essentiellement pratiques, le *Concours médical* a cru devoir se former une opinion uniquement fondée sur l'étude consciencieuse des faits, émettre avec franchise cette opinion, et la soutenir avec fermeté. Il faut bien croire que nous avions agi avec prudence et discernement, puisque, dans ces trois ordres d'idées, nos vœux ont été en dernier ressort adoptés par la majorité, et que nos efforts se sont ainsi vus couronnés de succès.

Est-ce à dire que nous prétendions que le poids de notre autorité a *seul* pu faire incliner la balance du côté où nos vœux la sollicitaient de pencher ? Non, MM., nous n'avons pas cette sotte prétention ; mais nous croyons, cependant, avoir contribué, dans une certaine mesure, au résultat final, par le soin que nous avons toujours pris de placer les questions sur leur véritable terrain, de

ne nous inspirer, dans la discussion, que des intérêts généraux du corps médical tout entier, dont, après tout, nous représentons une certaine fraction qui n'est pas sans valeur. Si notre ligne de conduite s'est trouvée justifiée sur tous les points, un pareil résultat ne nous donnne-t-il pas quelque droit de penser et de dire que nous avions combattu pour la bonne cause? Cette constatation a bien son importance pour nous, car c'est toujours dans les premières colonnes d'un journal que l'on cherche ses opinions, ses préférences, ses aspirations.

Quelles sont donc vos opinions, nous demandera-t-on? — Nous n'avons pas d'opinions préconçues, et nous n'en voulons, nous n'en devons pas avoir. Libres de toute attache officielle ou officieuse, nous préférons à des liens si brillants, si dorés qu'ils soient, une indépendance absolue qui nous permette d'examiner en toute liberté, de discuter sans arrière-pensée toutes les questions qu'il nous semble utile d'aborder, en laissant au contraire de côté celles qui n'ont pas d'intérêt direct pour nous. Nous l'avons déjà dit : soutenir avec fermeté les légitimes revendications du praticien, maintenir haut l'honneur et la dignité professionnels, voilà nos seules aspirations; nous pouvons les proclamer avec orgueil, elles ne sont pas de celles que l'on cherche à cacher!

A la suite du *Bulletin*, se trouvent les articles de MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, articles dans lesquels sont passés en revue tous les sujets un peu importants qui ont été l'objet de travaux récents. Nous considérons comme un devoir strict de tenir nos lecteurs au courant des progrès de la science; mais, n'oubliant pas que nous nous adressons surtout à des praticiens, nous laissons de côté les discussions purement théoriques, les hypothèses brillantes, pour nous attacher de préférence aux résultats pratiques : voilà pourquoi les questions de diagnostic et de traitement sont les deux points qui dominent toute la rédaction de ces articles.

Cette méthode créait une difficulté évidente pour nos rédacteurs : vous avez pu voir néanmoins avec quel talent d'exposition et quelle originalité étaient traités les sujets de médecine; je ne ferai que vous rappeler, en passant, ces travaux que vous avez lus avec intérêt : *grippe*, *coqueluche*, *névralgies*, *fièvre typhoïde*, *pleurésie*, *néphrite*, *affections cardiaques*; et je suis convaincu que vous vous associerez tous, Messieurs, aux félicitations et aux remerciements que le *Comité de Rédaction* vous propose d'adresser à M. PAUL GERNE.

(Applaudissements).

En chirurgie la difficulté était plus grande encore; aussi nos essais ont-ils été plus prolongés; mais nous avons tout lieu de penser que, là aussi, nous allons avoir pleine satisfaction. L'article *Trachéotomie* de notre nouveau rédacteur, M. HAMBAR, et un autre du même auteur sur les *abcès froids*, que vous lirez bientôt, nous font concevoir, à ce sujet, les meilleures espérances.

Messieurs, je ne sais si je me suis exprimé d'une façon assez claire, et je désirerais ne point laisser place au moindre malentendu; je ne voudrais pas surtout que l'on prît texte de mes paroles pour prétendre que le *Concours médical* fait fi de la théorie et dédaigne la science pure : personne, au contraire, ne l'estime plus que nous; personne, mieux que nous, ne sait qu'elle répond à un des besoins les plus nobles de l'esprit humain, et que c'est en elle que repose l'avenir de notre art. Mais, outre que la science pure a ses organes très autorisés, elle est encore entourée de tant d'obscurité, de tant d'incertitude, que la plupart des praticiens n'ont pas le loisir de suivre, dans tout leur détail, sa marche, ses transformations, ses développements : c'est pourquoi nous avons conçu l'idée de les faire au moins profiter, dans une certaine mesure, des travaux les plus importants qu'ils n'ont ni le temps, ni l'occasion de lire. Tel est le sens qu'il est juste d'attacher à mes paroles.

Quelques-uns de nos adhérents ont bien voulu devenir nos collaborateurs et nous mettre à même de tirer profit de leurs lumières et de leur expérience. Nous citerons au premier rang les articles d'obstétrique de notre excellent confrère, le Dr POULET *(de Plancher-les-Mines)*, qui ont été tout particulièrement remarqués et nous ont fait vivement regretter que les obligations de la clientèle ne permissent pas à leur auteur de nous faire un plus grand nombre de communications. Nous le remercions néanmoins, de tout notre cœur, pour l'exemple de concours qu'il a donné.

Comme les travaux de longue haleine ne sont pas les seuls profitables, nous réservons toujours, dans nos colonnes, une certaine place à ceux de nos confrères qui veulent bien nous faire part des observations recueillies dans leur clientèle, ou des remarques qui leur sont suggérées par la lecture de nos articles : tel est le but du COURRIER, trop restreint encore, à notre avis, mais qui, nous l'espérons, prendra, par la suite, de grands développements et deviendra un véritable recueil de faits et d'idées, quand nos confrères auront entièrement compris quel profit il y a pour tous dans cet échange d'idées, d'impressions, de remarques. Remercions donc tous ceux qui sont ainsi venus coopérer à notre œuvre et rappelons à tous qu'ils sont certains de trouver chez nous un accueil sympathique, une large hospitalité.

Afin de compléter cette première partie du journal, nous avons cru devoir faire paraître, à intervalles aussi réguliers que possible, des REVUES DES SOCIÉTÉS SAVANTES. Ces articles nous permettent d'informer le lecteur de toutes les questions importantes qui sont soulevées dans les Sociétés savantes. Sans nous astreindre à suivre pas à pas ces travaux nombreux et variés, nous nous empressons de consigner, dans notre compte-rendu, toutes les discussions fécondes, tous les faits utiles qui se produisent dans le sein de ces Sociétés.

Enfin les REVUES DE LA PRESSE française, anglaise, américaine et allemande, sont destinées à nous tenir au courant de tout ce qui se dit ou se publie en France aussi bien qu'à l'étranger.

Nos échanges, très développés avec les journaux de notre pays et aussi avec ceux de l'Angleterre et de l'Amérique, le sont beaucoup moins avec la presse médicale de l'Allemagne. Nous avons l'intention de les développer sur ce point, et même de les étendre à l'Italie. Nos revues de la presse permettront dès lors, aux lecteurs du *Concours*, tous praticiens très occupés, d'être

toujours au fait des nouvelles scientifiques du monde médical, sans que les devoirs de la profession aient à en souffrir aucunement.

Telle est, Messieurs, ce que nous appellerons, si vous le voulez bien, la *partie scientifique* du journal

La seconde partie, ou *partie professionnelle* n'est pas moins l'objet de tous nos soins, car elle constitue le côté vraiment original de notre œuvre. Jusqu'ici, en effet, aucun journal n'avait consacré autant de place aux légitimes revendications du corps médical : sur les vingt-quatre colonnes dont nous disposons, nous en consacrons régulièrement sept ou huit, c'est-à-dire *un tiers*, à la CHRONIQUE PROFESSIONNELLE. Ici, la collaboration précieuse de quelques-uns de nos adhérents nous a singulièrement servi ; et l'on peut dire que les discussions approfondies, auxquelles on s'est livré dans nos colonnes, ont donné naissance à un véritable courant d'idées et de propositions qui nous fait concevoir le meilleur espoir pour l'avenir et le progrès de nos réformes.

Comme ces questions sont très variées et très complexes, nos collaborateurs se sont constitués en COMMISSIONS D'ÉTUDES qui, au nombre de onze, se partagent toute la besogne et se cantonnent chacune dans un sujet particulier, pour le mieux approfondir. Quelques-unes de ces commissions n'ont pas encore produit tout ce qu'on était en droit d'en attendre; mais nous pensons bien qu'il n'y a là qu'un simple retard et que leurs membres auront à cœur de le réparer, dès que les obligations de la clientèle le leur permettront. D'autres, au contraire, ont déjà produit des documents tout-à-fait remarquables.

Nous placerons en première ligne les lettres de notre ami, le Dr GASSOT (*de Chevilly*), sur la RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE. Hélas! MM., vous ne le savez que trop bien, nous autres médecins, hommes de progrès par excellence, nous vivons encore aujourd'hui sous le régime d'une législation qui remonte à l'an XI ! Ainsi, tandis que notre science s'est non-seulement renouvelée, mais, pour ainsi dire, constituée pendant ces quatre-vingts dernières années, tandis que tout s'est également transformé durant ce laps de temps, dans nos idées, dans nos mœurs, dans nos relations, en un mot, dans notre Société, seule, notre profession a eu bien malgré nous, les funestes honneurs de l'immobilité, de l'*inamovibilité* législative !

Je dis : « malgré nous, » car nous n'avons cessé de réclamer notre part dans le progrès général. Dès 1811, en effet, Dupuytren déclarait mauvaise cette législation de l'an XI; depuis cette époque, nos réclamations incessantes contre une si intolérable situation suscitent périodiquement la proposition de nouveaux projets de loi, lesquels, entraînés par les fluctuations des affaires politiques, subissent un avortement non moins périodique, hélas ! que leur conception. Que nous est-il resté des tentatives malheureuses de 1825 et 1838, de 1845 et 1847, de 1870, de 1871, de 1877? Rien, absolument rien, si ce n'est la fatigue, le découragement et une sorte de désespoir qui sont aujourd'hui les pires ennemis que nous ayons à combattre dans le renouvellement de nos essais. Il a donc fallu beaucoup de courage à notre confrère pour reprendre la lutte à la fois, contre cette espèce de *fatalité* qui semble condamner d'avance tous nos efforts et contre le scepticisme, que l'inutilité de nos diverses tentatives a fait naître dans l'esprit de la plupart des médecins. Je n'ai pas besoin de vous rappeler même les titres des articles du Dr Gassot, vous les avez tous présents à la pensée : ce sont là des sujets qui vous touchent de trop près, ce sont des faits qui se présentent trop souvent à vous, dans le cours de votre pratique, pour qu'il soit nécessaire de vous les remettre en mémoire ; et je n'ai pas non plus l'intention de refaire ici les articles si bien faits de notre confrère. Je désire seulement vous dire un mot de sa méthode et vous faire voir tout le profit que nous en pourrons tirer.

Prenant à partie une à une les différentes dispositions du code qui concernent l'exercice et la pratique de la médecine, dispositions que nous sommes trop souvent à même de reconnaître comme injustes, vexatoires ou simplement mal fondées, le Dr Gassot institue sur chacun de ces points une discussion serrée, nourrie de faits et d'arguments, puis il pose nettement les conclusions qui en découlent. Vous voyez de suite, messieurs, que quand le corps médical voudra rédiger ses *cahiers de doléances*, ce qui ne saurait tarder, il en trouvera les matériaux savamment amassés, habilement agencés, en un mot, tout prêts à être mis en œuvre. On pourra faire précéder ce travail du chapitre que notre confrère a intitulé : *Coup d'œil sur la situation des médecins en France*, chapitre qui, vous le savez, est le résultat de l'*enquête* si féconde en renseignements que le *Concours* a instituée parmi ses adhérents.

A côté de la réforme que nécessite notre législation, réforme qui domine toutes les autres, parce que, en même temps que notre bien-être matériel, elle concerne notre honneur et notre dignité, d'autres questions fort graves aussi s'imposaient à notre attention. C'est ainsi que la création des SYNDICATS MÉDICAUX est devenue, pour le Dr MARGUERITTE (*du Havre*), un vaste sujet d'études. Notre confrère y a fait vivement ressortir tous les bienfaits de l'association que notre profession paraît avoir été une des dernières à comprendre. Grâce à l'impulsion donnée par lui, nous avons vu, sur beaucoup de points, nos confrères se réunir pour protéger leurs intérêts, soutenir leur dignité, faire adopter leurs justes réclamations. La création des syndicats médicaux sera l'honneur et le triomphe de ce sentiment de solidarité, de fraternité qui caractérise l'esprit moderne : en faisant disparaître les petites compétitions mesquines, source de si grandes haines; en faisant disparaître surtout, ce qui est le plus fréquent motif, et, on peut le dire, l'origine réelle de tous nos désaccords, je veux parler de cet éloignement sans raison dans lequel nous nous tenons les uns vis-à-vis des autres, la formation de ces cercles ou syndicats médicaux nous apprend à nous connaître, et par conséquent à nous estimer et à nous aimer, nous unit tous, en unissant nos intérêts ; et, sans sacrifier personne, place le bien de tous au-dessus du bien de chacun.

M. le Dr BÉRAUD (*de Charlieu*) s'est attaché à discuter les RAPPORTS DES MÉDECINS ET DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS ; il est arrivé, comme conclusion, à cette vérité, dont nous nous doutions déjà, c'est que presque partout on pratique la charité... en puisant dans notre poche. Nous voulons demeurer charitables, mais nous avons assez longtemps joué le rôle de dupes : désormais, il faudra que les Sociétés de secours mutuels consentent un peu à compter avec nous. Du reste, nos exigences n'ont rien d'excessif, et je ne crois pas qu'il y ait une Société qui puisse honnêtement se refuser à accepter les trente articles de règlement proposés par notre confrère. (v. *Conc. méd.* nº 29).

M. le Dr G. CARRIÈRE (*de Saint-André-de-Valborgne*) a proposé la RÉVISION DU TARIF DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX, lesquels sont actuellement cotés à un taux absolument ridicule. C'est là une réforme qui nous semble des plus opportunes. Depuis 1811, époque où a été établi le tarif actuel, la science médicale s'est bien transformée : la somme de connaissances que supposent aujourd'hui les constatations médico-légales, l'importance et la longueur des travaux qu'elles nécessitent, doivent créer au médecin-légiste une tout autre situation qu'au commencement du siècle. D'ailleurs la valeur de l'argent a tellement changé, depuis cette époque, *qu'il en coûte plus cher aujourd'hui à la Justice de requérir une bête de somme qu'un homme de l'art* !

Si égalitaires que l'on puisse nous supposer, personne ne s'étonnera de nous voir réclamer contre la situation honteuse et ridicule qui nous est faite par ces textes d'une loi surannée. Les dix propositions qui terminent le travail de M. Carrière devront donc aussi prendre place dans nos *cahiers* ; nous serions curieux de savoir quels arguments on pourrait leur opposer ! (V. *Conc. méd.* nº 30).

Sous le titre de MÉDECINE CANTONALE, M. le Dr MIGNEN (*de Montaigu*) s'est appliqué à rechercher le meilleur mode d'assistance médicale à accorder aux malades indigents. Après avoir examiné les différents systèmes actuellement en vigueur, notre confrère a rédigé un projet en vingt-deux articles, qui nous paraît échapper heureusement au double écueil qu'il y a à redouter dans l'organisation de la médecine des pauvres, car il respecte, à la fois, la liberté du malade et l'indépendance du médecin. En outre, les tarifs qu'il propose, tout en restant extrêmement modestes, sont cependant suffisamment rémunérateurs et équitables. (V. *Conc. méd.* nº 32).

Le Comité de Rédaction a été heureux de voir qu'un certain nombre de nos collaborateurs ne s'étaient pas contentés de discuter le bien et le mal, le pour et le contre des institutions existantes, mais apportaient des conclusions positives et formulaient des projets nouveaux dans lesquels ils prenaient à tâche d'aplanir les difficultés qu'ils avaient eux-mêmes signalées : c'est le bon moyen d'arriver au progrès. Nos discussions ne doivent jamais en effet rester dans le vague des généralités ; nous ne faisons pas de la critique pour le vain plaisir de critiquer, mais notre désir est de provoquer des réformes : c'est donc à nous de proposer celles que nous croyons utiles.

Ceci ne veut pas dire que les projets de nos confrères doivent être adoptés tels qu'ils sont ; on peut, sur quelques points, ne pas être entièrement de leur avis : mais ce sont au moins des bases certaines, des points de départ fixes, qui ne permettront plus à la discussion de s'égarer et produiront ainsi des résultats positifs. Nous devons dire cependant, et cela est entièrement à l'éloge de leurs auteurs, que, jusqu'ici, aucun des projets que nous avons publiés, n'a suscité de critiques sérieuses, ce qui nous fait supposer que nos confrères sont arrivés à satisfaire à peu près tout le monde.

M. le Dr HUETTE (*de Montargis*) a assumé la tâche difficile, autant que délicate, de poursuivre, sous toutes ses formes, l'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE, ce *Protée* moderne qui use de tous les moyens pour nous échapper, empruntant successivement les aspects les plus variés, n'hésitant pas à se couvrir du masque le plus respectable comme du plus grotesque. Charlatanisme et exercice illégal, voilà deux terribles fléaux que nous aurons bien de la peine à combattre, car ils ont leur source dans l'ignorance, la superstition et la cupidité, ces vices, si faciles à exploiter, et grâce auxquels ils savent trouver un appui des plus fermes dans ceux-là mêmes qui sont leurs victimes et leurs dupes !

Un pénible deuil de famille, la mort de M. le Dr Huette père, président de l'Association locale des médecins du Loiret, a suspendu, momentanément, nous l'espérons, le cours des recherches entreprises par notre confrère : qu'il veuille bien accepter l'expression sincère de nos sympathies, que nous saisissons ici l'occasion de lui adresser.

La loi Roussel sur la PROTECTION DE L'ENFANCE a été de la part de M. le Dr BIBARD (*de Pontoise*) l'objet de sérieuses recherches. Notre confrère a montré que cette loi avait considérablement augmenté nos charges, et, pour ainsi dire, sans compensation. Oui, MM., protégeons l'enfance ; mais que tout le monde contribue à cette protection, et que l'on sache bien qu'elle n'est pas un devoir pour nous seuls, médecins, mais pour la Société tout entière ! Cette étude ne pouvait être confiée à un confrère plus autorisé que le Dr Bibard, dont l'Académie de médecine vient de reconnaître la compétence et le talent, en lui accordant une médaille d'argent pour ses travaux en cette matière. Vous vous associerez, MM., à l'honneur bien mérité que l'Académie vient de conférer à notre confrère, et vous partagerez l'avis du *Comité de Rédaction* qui vous propose d'adresser nos sincères félicitations au Dr Bibard. (*Applaudissements*).

Vous le voyez, MM., le *Concours Médical* a travaillé, et les sujets ne sont pas près de manquer à notre *Chronique professionnelle.* Mais il serait bon qu'un plus grand nombre de ceux qui ont adhéré à nos idées consentissent à nous prêter un concours plus assidu et à alléger ainsi quelque peu le lourd fardeau qui pèse de tout son poids sur ceux de nos confrères qui, ayant pris la chose à cœur, sont toujours sur la brèche. Que vous demandons-nous en somme, MM. ? Nous vous demandons de ne pas nous croire sur parole, de discuter les solutions proposées, de nous en faire

apercevoir de nouvelles. Nous sommes tous assez grands pour faire nos affaires nous-mêmes : or, si chacun de nous apportait sa pierre, l'édifice, dont nous ne faisons que jeter les fondements, serait bien vite élevé et solidement construit.

Vous tous qui avez été victimes des abus sans nombre que nous rencontrons à chaque pas dans l'exercice de notre profession ; vous tous qui déplorez si amèrement les injustices de notre situation actuelle; vous tous enfin, médecins, qui vous livrez à la pratique de votre art et qui, par conséquent, souffrez des entraves qui en arrêtent le légitime essor, c'est à vous que nous nous adressons, et nous vous disons : désormais vous n'avez plus le droit de souffrir et de vous plaindre en silence; vous n'avez plus le droit d'attribuer la continuation de vos maux à d'autres qu'à vous-mêmes, car vous avez maintenant un appui solide, un protecteur dévoué. Faites donc que le *Concours médical* devienne le confident discret et autorisé de vos déceptions, de vos reproches, de vos réclamations ; cherchez le remède à vos maux et venez nous le proposer : les souffrances de chacun contribueront ainsi à améliorer le sort de tous.

Quelle ne sera pas alors l'autorité du *Concours médical*, lorsque tout le monde aura bien pu constater qu'il n'est pas l'organe d'un parti, d'une coterie, mais qu'il est uniquement l'interprète et, si vous voulez me permettre l'expression, *le porte-parole* de la grande corporation médicale. Cette autorité est déjà grande sans doute, après deux années d'existence, et elle augmente tous les jours, à mesure que s'accroît le nombre de ses adhérents. Dès maintenant on commence à comprendre que, derrière chacune de nos réclamations, derrière chacun de nos articles, il n'y a pas seulement un écrivain, un rédacteur, mais qu'il y a mille, deux mille, trois mille, etc... hommes honorables et intelligents qui se croient le droit de dire leur avis sur des choses qui les concernent et les touchent de près.

Messieurs, j'ai fini ma tâche et cependant j'ai encore une demande à vous adresser, si vous voulez bien m'accorder encore quelques minutes d'attention.

Puisque nous avons entre les mains un instrument si puissant, la logique la plus élémentaire ne nous enjoint-elle pas de faire nos efforts pour lui donner tout le perfectionnement dont il est susceptible? Persuadé que vous comprendrez parfaitement que votre premier soin doit être d'assurer votre existence et de la rendre aussi profitable que possible, le *Comité de Rédaction* vous propose de laisser à sa disposition des fonds qui nous permettent d'augmenter encore la valeur de notre rédaction, de répandre plus largement nos idées et nos projets, enfin de rédiger et de publier ces fameux *cahiers de doléances* qu'on nous demandait l'année dernière. Sans doute, notre Société n'est pas encore bien riche et les sommes que nous avons en caisse sont insuffisantes pour la mise à exécution de quelque beau projet humanitaire : quel meilleur usage pourriez-vous donc faire des fonds que l'exploitation du journal a rapportés, que de les consacrer à l'amélioration de ce même journal qui vous les rendra au centuple? Et d'ailleurs, ne l'oublions pas, nos revendications professionnelles ne sont-elles pas, pour le moment, l'œuvre la plus importante à laquelle nous devions nous appliquer. Si nous obtenions satisfaction sur ces points, n'aurions-nous pas, par cela même, relevé la position de tous et soulagé nombre de nos confrères qui ne souffrent que par suite de l'état actuel des choses?

Quelques-uns de nos confrères, prévenant en quelque sorte la pensée et les préoccupations de notre Comité, ont versé, de leurs propres deniers, à notre caisse une somme totale de 500 francs qui, sous le titre de « *Prix du Concours médical,* » est destinée à récompenser le meilleur travail publié dans le cours de la présente année.

Messieurs, je ne saurais mieux terminer ce trop long rapport, qu'en livrant à vos méditations cet utile exemple qu'ont voulu nous donner de généreux confrères, et en vous conjurant de peser mûrement les considérations que je viens de vous soumettre. La décision que vous allez prendre est grave : il s'agit de l'avenir de votre Société, il s'agit de l'avenir de nos revendications professionnelles.

Le rapport de M. le Dr Geoffroy est accueilli avec la faveur la plus marquée.

M. le Dr Gassot, secrétaire du Comité d'Etudes des annonces, lit ensuite le RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDES DES ANNONCES.

Messieurs et chers confrères,

Les annonces que le *Concours* a consenties depuis notre dernière réunion sont peu nombreuses, j'en profiterai pour reprendre devant vous cette importante question de la publicité donnée par la Presse médicale aux spécialités pharmaceutiques, convaincu qu'on ne saurait trop insister sur une idée que l'on croit juste, sur un programme qu'on est fermement décidé à maintenir.

Vous savez ce que sont les annonces dans la plupart des journaux : une partie sacrifiée qu'on livre, sans contrôle, à quiconque veut délier sa bourse : aussi trouvera-t-on réunis sur la même feuille les produits les plus divers, depuis la préparation de valeur jusqu'au plus détestable médicament ; faut-il ajouter que, chacun ayant carte blanche pour vanter sa marchandise, les affirmations les plus abracadabrantes se rencontrent à chaque instant, et qu'à dix lignes d'intervalle, deux produits rivaux proclament l'un sur l'autre leur éclatante supériorité!

Je n'ai pas besoin de vous le dire : nul n'a jamais l'idée de lire ces annonces qui n'ont aucune valeur, et c'est là un fait tellement admis que, pour forcer l'attention, les propriétaires de spécialités ont dû recourir à un autre moyen. Grâce à des sacrifices pécuniaires plus grands, ils se sont fait ouvrir les colonnes des journaux, et là, de temps à autre, nous pouvons lire de prétendus articles de fond qui semblent refléter l'opinion de la rédaction et qui, en réalité, émanent plus ou moins directement du propriétaire du produit lui-même. — Quelques

autres ont fondé des journaux particuliers dont l'unique but est de vanter les spécialités qu'ils préconisent. C'est là leur seule raison d'être, et vous pouvez croire qu'ils s'acquittent consciencieusement de leur besogne.

Vous chercheriez en vain la trace d'un choix quelconque, même dans les journaux de valeur, dans ceux qui ont la prétention de faire autorité; la seule condition requise est de montrer pièce blanche, qu'importe si l'on contredit les principes dont on paraît faire montre!

Tel est l'état de choses contre lequel aentr epris de réagir le *Concours médical* : dès ses premiers numéros, il a déclaré qu'il n'accepterait l'annonce que des produits sérieux, et vous pouvez constater, messieurs, qu'il a tenu parole.

Au milieu du débordement des spécialités, chaque jour plus nombreuses et plus défectueuses, on s'est pris à attaquer le principe de la spécialisation des médicaments. C'est là, croyons-nous, une erreur, et nous n'hésitons pas à proclamer légitime la faculté qu'a chacun d'attacher son nom au produit bon ou mauvais qu'il a préparé; c'est au public compétent de savoir discerner, accorder sa faveur à ce qui est bon, et répudier hautement ce qui est mauvais; or ce public compétent, ce ne peut être que le public médical.

Admettrez-vous, dès lors, qu'un journal qui s'adresse spécialement à ce public médical, qui est l'organe autorisé de deux mille médecins, qui a conscience des intérêts sérieux qu'il représente et qui, né d'une idée, est arrivé à un tel degré de prospérité, admettrez-vous que ce journal se désintéresse de la question des spécialités pharmaceutiques, et donne asile aux élucubrations du premier spéculateur venu? Admettrez-vous davantage que, prenant position dans la question et repoussant ces produits innommés dont nous déplorons l'envahissement, il se contente de déclarations platoniques et donne, à sa première page, un démenti formel à ses convictions?

Le *Concours médical*, je viens de le dire, est né d'une idée : c'est là ce qui fait sa force, c'est là ce qui le protégera contre les errements ou les défaillances que je vous signalais; il maintiendra, croyez le bien, le précepte qu'il a adopté: *formuler magistralement, et ne recourir aux spécialités que dans les cas où il est impossible de faire autrement.*

Et quels sont ces cas où les spécialités s'imposent? Ce sont ceux où les difficultés inhérentes à la préparation, au dosage ou à la conservation, à la perfection de la forme, au choix scrupuleux des matières premières rendent une préparation pharmaceutique variable dans ses effets, inconstante dans son action. C'est alors que le médecin a non-seulement le droit, mais le devoir d'adopter une marque qui, lui donnant un produit toujours identique, lui assure cette fidélité d'action sans laquelle la thérapeutique serait impossible.

Dois-je vous dire, messieurs, que le comité d'études s'est toujours scrupuleusement conformé à cette sage maxime?

Vous avez bien voulu donner votre approbation au rapport que je vous présentais en son nom lors de notre dernière réunion, j'ose espérer que vous accueillerez avec la même faveur les arguments qui ont dicté notre conduite et que je vais vous exposer brièvement.

Les *Eaux minérales* se sont enrichies de deux sources nouvelles : *Elisabeth* et *Sainte-Marie* de Cusset.

Il nous manquait des eaux alcalines fortes, ces modificateurs si puissants de la nutrition que nous opposons à tant d'états diathésiques : les Eaux de Vichy-Cusset nous ont paru remplir les conditions désirées. Ce sont les plus riches du bassin de Vichy, leur basse température et leur composition assurent leur conservation parfaite, et en font des Eaux éminemment propres à la *consommation à domicile*, enfin, les résultats obtenus de leur usage nous étaient garants de l'efficacité de leur action.

Dans ces conditions, le comité d'études ne pouvait qu'émettre un avis favorable, et je ne doute pas que sa décision ne reçoive votre entière approbation.

Peu à peu, vous le voyez, se complète notre arsenal hydrologique et *Vichy-Cusset* figure avec honneur près d'*Eaux-Bonnes*, de *Contrexéville*, de la *Reine de Vals* et de la *Victoria de Hongrie.*

Parmi les produits pharmaceutiques, nous trouvons : le *sparadrap Beslier* à la glu, l'emplâtre de *Thapsia Leperdriel-Reboulleau* et les *Granules Berthiot.*

Le *sparadrap Beslier* est un bon agglutinatif, il ne présente pas les inconvénients du Diachylon qu'il est appelé à remplacer dans la plupart des cas et possède un pouvoir adhésif remarquable. Nous sommes convaincu que, dans leur pratique de chirurgie courante, nos confrères apprécieront ce produit à sa juste valeur.

A côté du sparadrap qui en fait la base, figure *l'appareil compressif Beslier* pour la Hernie ombilicale des jeunes enfants. Simple, facile à appliquer, aussi peu gênant que possible, il nous a semblé présenter des avantages appréciables, et nous n'avons pas hésité à lui donner notre approbation.

Les *granules Berthiot* soulevaient une question de principe : convenait-il d'annoncer dans le *Concours* toute une série de produits similaires dont l'examen et le contrôle particuliers étaient sinon impossibles, du moins fort difficiles?

La forme granulaire, vous le savez, Messieurs, a pris dans la pharmacopée une place considérable; c'est une forme commode à bien des égards : son administration est facile, elle supprime les difficultés de dosage, elle est exempte des altérations que subissent, plus ou moins rapidement, les solutions titrées, etc... ; mais elle réclame, par contre, dans sa préparation des soins particuliers. Convenant essentiellement aux substances les plus actives qu'emploie la thérapeutique, elle exige un dosage rigoureux, une solubilité parfaite; enfin, au point de vue de la conservation, elle doit présenter des garanties spéciales,

Nous avons donc, sans parti pris d'aucune sorte, examiné comparativement les granules provenant de différentes maisons qui se livrent à leur préparation, nous les avons soumis à des manipulations

diverses dont il serait trop long de donner ici le détail, et ce n'est que convaincus des avantages présentés par le procédé de fabrication de M. Berthiot que nous nous sommes décidés.

Nous n'avons pourtant pas accepté immédiatement : nous avons présenté des observations, réclamé des modifications, des garanties diverses, car nous voulions nous prononcer en connaissance de cause. M. Berthiot, ayant conscience de la valeur de ses produits, s'est prêté de la meilleure grâce à nos exigences, il a fait profit de nos objections, il s'est efforcé de nous donner, sur tous les points, satisfaction pleine et entière. En même temps qu'il s'attachait de plus en plus à la perfection de la forme, il nous donnait, sur le contrôle des matières premières, les garanties de l'expérience physiologique; enfin, il nous appelait à juger *de visu* sa manière de procéder.

Pour ma part, je vous le déclare, je suis sorti de chez M. Berthiot absolument convaincu.

Nous avions la certitude d'être en présence, non de produits commerciaux, mais de produits pharmaceutiques au véritable sens du mot, pouvions-nous résister?

Nous avons pensé qu'en vous recommandant les granules Berthiot nous vous rendrions un service véritable, et nous avons accepté : vous partagerez certainement notre conviction dès que vous aurez bien voulu les expérimenter.

Il y a d'abord pour nous la satisfaction de voir triompher les principes que nous soutenons et que nous exposions au commencement de ce rapport : nous avons à cœur de montrer que la publicité telle que nous la comprenons n'est pas un mythe, qu'elle donne des résultats tangibles, et qu'à elle appartient l'avenir. Nous voulons, par la seule force de l'évidence, triompher de certaines résistances qu'ont rencontrées nos théories mal comprises. Nous voulons encore prouver à ceux qui sont venus à nous, qu'ils ont eu raison de nous accorder leur confiance.

Mais nous voulons aussi combattre les spécialités mauvaises et nous croyons que c'est un moyen d'arriver à ce résultat, que de garantir aux produits recommandables un succès certain.

Quand, avec le temps, nos idées auront fait leur chemin, quand les préventions qui entourent toute nouveauté auront disparu, quand nos confrères, plus confiants dans le *Concours*, qui alors aura fait ses preuves, accepteront avec assurance et sécurité les décisions du comité d'études, alors, on briguera comme une faveur l'annonce dans notre journal, et les produits refusés ressentiront longtemps l'effet de notre refus.

Rêve que tout cela, pourra-t-on dire. — Croyez, chers confrères, que l'avenir du *Concours* est entre vos mains, que sa prospérité, son influence, sa notoriété dépendent de vous et de vous seuls. Il n'y a pas chez nous de questions de personnes, il n'y a pas d'influences cachées, pas d'intérêts particuliers, — pourquoi hésiteriez-vous à entrer dans la voie que nous vous indiquons? En travaillant pour le *Concours*, c'est pour vous-mêmes que vous travaillez, et, si le résultat de vos efforts ne se traduit pas immédiatement pour vous, par un avantage matériel, soyez persuadés, que tôt ou tard, vous profiterez de l'état de choses que tous ensemble nous aurons fait prévaloir.

Or, l'un des premiers moyens d'action commune, qui soit à votre disposition, c'est certainement le choix fait en commun des spécialités pharmaceutiques, et la faveur accordée à celles qui sont sorties victorieuses de l'épreuve à laquelle vous les soumettez.

Votre comité d'études ne se regarde pas comme infaillible, mais on lui rendra cette justice que ses rejets ont toujours été basés sur des raisons sérieuses, que jamais il n'a refusé d'examiner les modifications ultérieurement apportées aux produits déjà étudiés, qu'enfin ses choix ont été assez heureux.

Les spécialités pharmaceutiques les plus recommandables peuvent, ce me semble, passez-moi l'expression, figurer sans rougir près de l'*iodure de Fer de Blancard*, près des *Emulsions Le Beuf*, des *vins titrés d'Ossian Henry*, de la *Pepsine Boudault* ou de la *solution Bourguignon*.

D'ailleurs, ce comité d'études, n'est-ce pas vous qui le constituez, et ne pouvez-vous élargir ses cadres à mesure que l'exigeront les nécessités? Quel qu'il soit, il tiendra toujours à honneur de s'inspirer des sentiments que vous exprimez, soit dans vos réunions générales, soit dans votre correspondance particulière.

Messieurs,

Des difficultés inhérentes à notre période d'organisation ne nous ont pas permis de donner jusqu'ici à nos annonces la forme que nous voudrions leur voir : notre ambition serait d'arriver à ce qu'on voulût bien lire attentivement ces annonces. C'est là, nous ne l'ignorons pas, une tâche difficile que nous voulons entreprendre; nous espérons pourtant la mener à bonne fin, si, de votre côté, chers confrères, vous voulez bien nous adresser les observations favorables ou défavorables que vous suggérera votre pratique journalière.

Nous publierons sur les affections régnantes des études thérapeutiques où nous nous efforcerons de mettre en lumière les indications remplies par les produits spéciaux que nous annonçons; ces études, nous l'espérons, provoqueront des communications diverses, et, de cette façon, la rédaction des annonces acquerra, dans le *Concours*, une valeur toute spéciale.

Puis-je, en terminant, messieurs, exprimer un dernier vœu?

Ce serait, que ceux d'entre vous qui s'occupent plus spécialement des questions de thérapeutique, voulussent bien entrer en relations directes avec le comité d'études, ce serait, enfin, que tous consentissent à apporter leur pierre à l'édifice commun, en faisant profiter leurs confrères de leurs études personnelles.

Le comité d'études espère que vous répondrez à son appel.

(*Applaudissements prolongés*).

M. le Dr Ribard, membre du Comité d'admi-

nistration, prend la parole pour faire connaître le RAPPORT DU COMITÉ D'ADMINISTRATION.

Messieurs et chers confrères,

J'ai à vous rendre compte de l'administration du journal, depuis le 1er juillet 1880 jusqu'au 30 juin dernier. Je n'ai pas à vous parler de la période antérieure, puisque les dépenses excédant les recettes, le fondateur du *Concours* en avait pris la responsabilité.

A partir du 1er juillet, les affaires du journal sont vos affaires, car vous venez de constituer la *Société civile*, et comme maintenant sa situation financière est prospère, le Dr Cézilly désire que les effets de cette Société remontent jusqu'à l'époque que je vous ai indiquée.

Je dis que le journal est prospère; et en effet, après avoir entendu l'exposé de la situation, il vous suffira, pour bien augurer de l'avenir, de remarquer que plusieurs traités de publicité, ont été conclus récemment et que par conséquent, leurs effets utiles, n'ont pu encore entrer en ligne, pour l'accroissement des recettes du *journal*.

Je puis aussi vous faire observer, que vous êtes des propriétaires particulièrement favorisés, car votre propriété ne court qu'un seul risque, celui de ne pas donner de produits : Dans ce cas la société serait dissoute.

Mais je démontrerai aisément, je l'espère, que vous êtes loin de cette fâcheuse éventualité.

Je dois d'abord, adoptant le style financier, vous parler de votre actif au 30 juin 1881.

Vous avez : le *journal*, *votre propriété*. Je dis propriété, bien que les statuts de la société désignent comme *propriétaire*, le directeur actuel.

Mais en réalité le journal est à vous et bien à vous, car comment admettre l'hypothèse du propriétaire qui voudrait se dessaisir de sa propriété! Elle ne peut se transmettre qu'avec ses charges. Et qui voudrait acquérir une maison dont les revenus appartiendraient à un tiers, dans la proportion de 90 0/0 ? C'est vous dire que, dans cette organisation de la propriété du journal, on n'a recherché que le moyen de la mettre à l'abri de toute revendication et de l'empêcher de devenir jamais une occasion de responsabilité pour les membres de la société civile.

Le journal étant notre propriété, vous verrez, quand je vous aurai donné le détail de votre disponibilité et de votre actif qu'il, a dès aujourd'hui, une valeur considérable qu'il vous sera facultatif d'accroître.

Je n'ai pas à vous entretenir en détail de la teneur des traités conclus avec l'assentiment de la commission d'organisation : non plus que des recettes et dépenses.

Je me bornerai à vous dire que vous avez à votre disposition au 30 juin, une somme de 4.131,05.

L'assemblée en déterminera les affectations.

Vous aviez, en outre, au 30 juin, à votre avoir:

1° Avance de loyers	1000	fr.
2° Papier en magasin	1210	»
3° Avance espèces au marchand de papier	817	55
4° Mobilier des bureaux, estimé au 30 juin	3181	»
5° Bibliothèque	500	»
6° Collections du journal	1250	»
7° Complément de la somme affectée aux prix distribués sous le nom de *Prix du Concours*	335	»
8° Publicité due au 30 juin	2300	»

Ce qui, avec les 4131,05 disponibles vous constitue un avoir d'un total de 14.324,60.

Si nous faisions entrer en ligne de compte la valeur du journal, qui vous a, en une année, rendus propriétaires de cette somme, et le prix des abonnements au journal servis à tous les adhérents, vous reconnaîtriez, avec nous, que cette situation est de nature à faire concevoir pour l'avenir les espérances le plus légitimes.

Je n'ai pu entrer dans les détails multiples de l'administration : mais je tiens à vous faire ressortir un des chiffres du budget: je veux parler du chiffre des recettes du fonds commun, qui, vous le savez, est alimenté par les réductions que nos fournisseurs communs font aux membres du *Concours*, indépendamment des réductions qui leur sont directement assurées. Ce chiffre est de 2.177 francs.

Vous pouvez juger ainsi des notables économies qui ont été réalisées par ceux d'entre vous qui ont profité de ce mécanisme très simple, puisque la remise attribuée au fonds commun n'est souvent que du quart ou du cinquième de la réduction directe.

Les statuts de la Société civile font entrer dans les attributions du conseil d'administration, la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du *Concours médical*.

On vous a, d'autre part, donné lecture du règlement de cette caisse; je dois vous faire connaître sa situation à l'heure actuelle. Vous savez, que d'ordinaire, le médecin qui arrive à l'âge de trente-cinq ou quarante ans a, le plus souvent, dépensé son patrimoine. Il est alors en possession de toutes ses forces physiques et intellectuelles, c'est pour lui le moment, ou jamais, de reconstituer son avoir. Quel autre parti prendre que de consacrer la majeure partie de ses économies, à la constitution d'une assurance sous les diverses formes que proposent les compagnies.

Dès qu'un membre du *Concours* contracte assurance, suivant les conditions du contrat, la Cie la New-York verse à la caisse de prévoyance une somme déterminée.

En outre, la compagnie paie au journal, chaque année, une somme qui est le prix de la publicité faite dans nos colonnes d'annonces. Mais comme le journal est la propriété de tous les adhérents, assurés ou non, ce prix de publicité, n'a pas été versé, et ne devait pas l'être, à la caisse de prévoyance.

Nous avons déjà dit plusieurs fois que quelle que soit la Cie avec laquelle on a contracté assurance, il suffit de verser une demi-prime, à la caisse de prévoyance, pour pouvoir s'assurer les bénéfices de son fonctionnement.

ÉTAT DE LA CAISSE.

Il a été versé à la caisse du 1er septembre 1880 au 1er juillet 1881	2093 70
Du 30 juin à ce jour	404 90
Total	2498 60

Sur l'avis du conseil d'affaires du *Concours*, qui a fait ressortir l'importance de la sûreté des placement et des bénéfices éventuels des lots, il a été acheté à ce jour des obligations communales, du Crédit foncier, pour une somme de 2,331 fr.

Ce qui, avec 167 fr. 20 espèces en caisse, représente l'avoir total de 2498 fr 60.

En résumé nous possédons :

1° Le journal.

2° 10,693, représentant: local, mobilier, bibliothèque, etc., du Concours.

3° 4,131 bénéfice net du Concours pendant l'année 1880-1881.

Avais-je tort, Messieurs, de vous dire tout à l'heure que notre situation était prospère ?

Il me semble que nous manquerions à tous nos devoirs si nous n'en exprimions toute notre reconnaissance à notre synpathique Directeur, le Dr Cézilly qui nous fait bénévolement le sacrifice de ses fatigues de 2 années, de son temps et de son argent, chose bien rare en notre siècle.

Ce compte-rendu reçoit l'approbation de l'Assemblée.

RESOLUTION

L'Assemblée décide que la somme de 4,131 fr. 05 cent., sera consacrée :

1° A la poursuite des revendications législatives que nous formulons.

2° A l'amélioration de la rédaction.

L'Assemblée décide qu'une commission spéciale d'exécution de six membres, sera créée, pour assister le directeur dans la poursuite des revendications législatives du corps médical.

L'Assemblée nomme : MM. Margueritte (Havre); Gassot (Chevilly); Bibard (Pontoise); Decool (Hazebrouck); Landur (Paris).

Le bureau devra désigner ultérieurement le second membre de Paris.

L'Assemblée aborde de suite la discussion des questions professionnelles et adopte sur la question de révision législative, une série de vœux dont le journal indiquera bientôt la teneur.

La séance est levée, et bientôt tous les assistants se pressent autour de l'immense et somptueuse table de la maison Véfour (1).

Malgré la longue durée de la séance, la parole n'avait pu être donnée à M. le Dr Bibard pour faire connaître les conclusions de ses études sur la loi Roussel.

Après le repas, notre confrère a bien voulu nous lire le travail qui suit :

Messieurs et chers confrères,

Je suis chargé de vous parler de la loi Roussel relative à la surveillance des enfants du premier âge. Cette loi, votée au mois de décembre 1874, répond à un besoin réel ; elle est venu combler une lacune regrettable dans notre législation, eu égard à la diminution relative qui se produit dans la population de notre chère France. Cette mortalité a pour cause certaine et immédiate la proportion effrayante des décès qui se produisent parmi les enfants en bas âge.

La loi Roussel a été conçue dans le meilleur esprit et devrait, si elle était bien appliquée, amener les meilleurs résultats. D'où vient donc qu'aujourd'hui, près de sept années après sa promulgation, elle est à peine appliquée, et que les résultats obtenus sont demeurés problématiques ? C'est qu'à côté de la loi, et dans le but de déterminer les rouages qui en devaient assurer l'exécution, est intervenu un règlement qui n'a fait qu'ouvrir la voie aux paperasseries administratives, et a fermé la porte aux bienfaits qu'on était en droit d'en attendre. Par suite des exigences créées par ce règlement, les médecins, cheville ouvrière de l'organisation, se sont trouvés dans une position qui n'est pas de nature à satisfaire leurs plus légitimes exigences. Toujours placés entre leurs devoirs et leurs intérêts, privés de l'autorité nécessaire à l'accomplissement de leur mandat, ils ont été vite découragés d'avoir à lutter seuls et sans armes contre des hostilités ouvertes ou latentes, sans trouver nulle part le point d'appui indispensable à toute action efficace et légitime de leur part.

(1) Le récit détaillé de la séance paraîtra dans le prochain numéro.

Tel qu'il est constitué, ce service d'inspection est onéreux pour les médecins inspecteurs, excepté peut-être dans quelques départements privilégiés, comme celui des Vosges. Il est facile de comprendre que ce service, onéreux d'une part, accompli par des gens honorables et dévoués, mais privés de l'autorité dont ils auraient besoin pour faire valoir leurs décisions éclairées, ce service, disons-nous, est condamné fatalement à péricliter. Il est de la dernière évidence que nous ne pouvons être condamnés à payer à perpétuité les dettes de la société.

Y a-t-il un remède à cet état de choses, ou la loi doit-elle aller retrouver l'arsenal des vieilles lois tombées en désuétude? Nous sommes d'avis qu'il est possible, sinon facile, d'atteindre le but que s'est proposé le législateur de 1874. Pour cela il faut deux choses : premièrement, il faut faire aux médecins, chargés de l'inspection, une situation autorisée et indépendante ; secondement, il faut débarrasser la pratique de la loi du fatras de paperasses inventé par le règlement.

Au lieu de répartir les enfants en nourrice en une multitude de circonscriptions qui ne donnent à leurs titulaires que des indemnités dérisoires, il me paraît indispensable de créer, dans tous les départements où se trouvent en quantité notable, des enfants en nourrice, de grandes circonscriptions, par arrondissements, par exemple, et instituer des médecins assermentés auquels, en retour des obligations créées par la loi, seraient attribués des émoluments susceptibles de leur fournir des moyens honorables d'existence. De cette façon, à la tête de chaque circonscription, se trouverait un médecin autorisé et responsable, auquel l'autorité aurait le droit et le pouvoir de demander compte du service qui lui serait confié.

D'un autre côté, et par le fait seul de cette concentration, se trouveraient inutiles tous ces registres volumineux qui font aujourd'hui le supplice des secrétaires de Mairie. Un simple carnet pour le médecin inspecteur, un autre déposé dans chaque Mairie, et destiné à recueillir les résultats fournis par les comités de surveillance de chaque commune, pourraient suffire à toutes les nécessités du service. Ajoutant à cela une feuille semestrielle que le médecin adresserait à la préfecture, on aurait, je pense, tout ce qui serait nécessaire pour

---

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉ)

Médecin à

arrondissement d *département d*

âgé de *reçu en* *partageant les principes et approuvant les vues de la société civile le* **Concours Médical**, *désire en faire partie.*

A *le* 1881

(SIGNATURE)

DÉTACHER, AFFRANCHIR ET ADRESSER A M. LE DIRECTEUR
FAUBOURG POISSONNIÈRE, 9, PARIS

le fonctionnement utile de l'inspection médicale!

Si les considérations qui précèdent vous paraissent justes, je vous proposerai de soumettre aux médecins législateurs, avec lesquels nous serons mis en rapport, le projet de résolution que voici:

Dans les départements où s'excerce l'industrie nourricière, des circonscriptions seront établies par arrondissements. A la tête de chacune d'elles sera mis un médecin assermenté, qui aura toute autorité pour parer aux besoins du service, et qui recevra un traitement de fr. 8000, 10,000, 12,000, suivant la région ou l'importance du service. Il sera indemnisé de ses frais de déplacement.

Dans les autres départements, le service de surveillance sera fait par des médecins assermentés et rétribués à la visite, conformément aux usages locaux.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
27 Août 1881 — 3me Année. — N° 35

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Hervieux* revient à cette séance sur la question de la vaccination animale et il affirme qu'aujourd'hui, en présence de l'état actuel de la science, des progrès réalisés et des résultats obtenus, l'opposition contre la vaccine animale n'a plus de raison d'être. Cette méthode de vaccination a fait le tour du monde.

En France, comme en Hollande, comme en Allemagne, comme aux Etats-Unis, on a compté au début un certain nombre d'insuccès, puis on a appris à éviter les causes d'erreur et les premières impressions en ont été modifiées. Beaucoup de médecins des hôpitaux, d'abord hostiles à la vaccine animale, s'en servent maintenant dans leurs services et dans leur clientèle.

Outre les raisons physiologiques qui plaident en faveur de leur égalité primitive, puisque les deux vaccins procèdent du cow-pox spontané, il existe des preuves expérimentales. Des épidémies ont été arrêtées en 1870 et en 1877 par la vaccination animale. A la Maternité, de 1865 à 1870, toutes les vaccinations furent faites avec le vaccin de génisse, et cet hôpital a pu traverser indemne l'épidémie de 1870, bien que son personnel soit surtout composé de jeunes femmes et d'enfants.

M. Hervieux s'attache à combattre l'opinion de ceux qui prétendent que les épidémies de variole sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois. Il termine en affirmant que la vaccine animale restera, malgré l'opposition de M. Jules Guérin, comme un auxiliaire puissant et indispensable de la vaccine humaine.

Suivant M. *Jules Guérin,* la vaccine animale, malgré les efforts immenses que l'on a faits en sa faveur, n'a pas encore fait ses preuves. De ce que ses pustules sont égales en nombre et en grandeur à celles de la vaccine humaine, de ce qu'elle est née du cow-pox, comme le vaccin humain, de ce qu'elle a fait ou est en train de faire le tour du monde, ce n'est pas une raison de penser qu'elle est égale ou supérieure au vaccin humain. Il s'agit de prouver qu'elle a une puissance préservatrice égale ou supérieure à celle du vaccin jennérien; or, cette preuve est encore à faire.

L'orateur est convaincu que, depuis l'introduction de la vaccine animale, il s'est créé une sorte de virus vaccin hybride qui n'est ni le vaccin jennérien ni le vaccin animal. Le vaccin jennérien proprement dit n'existe plus. Il faut en revenir au vrai cow-pox humanisé par une culture habile dans l'organisme humain, sans nouveau passage par l'animal. Car le vaccin se perfectionne quand on le cultive dans les conditions que M. Jules Guérin a déjà fait connaître. Il acquiert de nouvelles vertus ; et c'est à la reconstitution de ce vaccin par excellence que les efforts des médecins doivent tendre, car c'est ainsi qu'on pourra rendre à la vaccine toute la vertu préservatrice qu'elle possédait à l'origine et que lui a fait perdre son adultération par la vaccine animale.

M. Depaul communique à ses collègues la curieuse observation que l'on va lire :

Le 23 juin entrait dans le service d'accouchement, à l'hôpital des Cliniques, une jeune femme de vingt-deux ans, se portant à merveille, réglée pour la première fois à l'âge de onze ans, ayant eu à seize ans une première grossesse terminée par

un accouchement à terme, réglée, depuis lors, tous les mois abondamment. Les dernières règles remontaient au 8 septembre de l'année précédente ; la menstruation s'était ensuite supprimée par une cause que la femme attribuait à une grossesse maintenant arrivée à son terme. En l'examinant, M. Depaul constata qu'elle était syphilitique, ce que, du reste, elle ne chercha pas à nier, ajoutant qu'elle avait suivi un traitement incomplet. Elle avait senti remuer le fœtus dans les premiers jours de mars ; puis, vers la fin de ce mois, les mouvements avaient cessé. Le lendemain ou le surlendemain de la cessation des mouvements, elle avait éprouvé le phénomène de la *montée du lait*, les seins étaient devenus gros et durs, et du lait s'était écoulé par les mamelons.

En palpant les parois abdominales, M. Depaul fut frappé de la forme et des caractères particuliers que présentait la matrice. En admettant que cette femme, réglée pour la dernière fois le 8 septembre, fût devenue enceinte vers le 20 ou 25 du même mois, elle était, au 23 juin, jour de son entrée, au terme de sa grossesse. Cependant l'utérus n'avait pas la forme globuleuse et ne donnait pas cette sensation d'élasticité molle d'un utérus développé par le produit de la conception à cette période de son développement. On avait plutôt la sensation d'une masse compacte. M. Depaul conclut que, si la femme était réellement enceinte, il y avait peu de liquide dans les membranes et que le fœtus avait subi des modifications particulières. Au toucher, le col de l'utérus présentait les signes qu'il offre au quatrième ou cinquième mois de la grossesse. En combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal, on sentait que c'était bien la matrice que l'on tenait entre les deux mains. En somme, on avait, dans ce cas, les symptômes généraux qui caractérisent la grossesse, mais la tumeur utérine ne présentait pas ses caractères habituels.

Par l'auscultation, on ne constatait ni les bruits du cœur fœtal, ni aucune espèce de souffle.

M. Depaul n'hésita pas néanmoins à diagnostiquer une grossesse, avec développement de l'utérus comme à cinq mois ou cinq mois et demi, et modifications particulières subies par le fœtus.

Cette femme est accouchée le 14 août, et l'accouchement n'a rien présenté de particulier. En deux ou trois heures a eu lieu l'expulsion du fœtus, mort et enveloppé des membranes intactes, ne présentant aucun signe de putréfaction, bien qu'il ait séjourné pendant plus de cinq mois, après sa mort, dans la cavité utérine.

C'est la première fois que M. Depaul voit une grossesse durer de dix à onze mois, et un fœtus, mort au cinquième mois de la grossesse, n'être expulsé que cinq ou six mois après sa mort. Cette observation est, en outre, un fait de plus à ajouter aux faits nombreux qui prouvent qu'un fœtus mort dans la cavité utérine, les membranes restant intactes, peut y séjourner pendant plusieurs mois, sans le moindre danger pour la mère. M. Depaul montre le fœtus modifié par la macération, mais n'exhalant pas la moindre odeur de putréfaction, bien qu'il soit depuis plus de vingt-quatre heures en contact avec l'eau et l'air.

La mère n'a présenté ni pendant sa grossesse, ni depuis son accouchement, le moindre symptôme morbide. Elle s'est toujours parfaitement bien portée, et cet état de santé parfaite persiste encore à l'heure qu'il est.

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

De l'asystolie.

I

Nous avons connu un linguiste érudit, qui, après avoir épuisé la somme des satisfactions que peut donner l'étude du latin, du grec, du sanscrit, et même du français — la dernière langue que beaucoup de savantes gens songent à approfondir — s'était épris, vers la quarantaine, d'une véritable passion pour la médecine. Mais à peine avait-il commencé la lecture d'un de nos auteurs médicaux contemporains,

Dont la muse en français parle grec et latin,

que son indignation éclatait ; car jamais le sens étymologique du mot ne correspondait à la définition que l'auteur en donnait. Bientôt il n'y put tenir et résolut de réformer la langue médicale ; insensiblement il revint ainsi à ses premières amours ; la préoccupation des mots l'éloigna de plus en plus des choses de la médecine, et ce fut peut-être un bonheur pour lui.

Il est certain que beaucoup de médecins, quand ils forment un mot nouveau, ne se préoccupent pas assez de respecter les règles étymologiques ; mais il y a une autre cause plus habituelle à ce désaccord flagrant entre le mot et la chose signifiée. C'est qu'un mot, après avoir été convenable pour définir un état morbide, d'après l'idée que s'en faisait son auteur, devient mauvais à partir du jour où le progrès de la science est venu modifier l'idée même. Ainsi lorsque Beau créa le mot asystolie, sans doute il n'atteignit pas la perfection étymologique, puisque au sens littéral ce mot supposerait la suspension de la contraction cardiaque, la syncope définitive, c'est à dire, la cessation de la vie ; et

M. Bucquoy a fait remarquer avec raison que DYSSYSTOLIE serait un terme plus juste et plus vrai. Néanmoins Beau avait à peu près exprimé l'état qu'il avait en vue, puisqu'après avoir énuméré l'ensemble des signes qui caractérisent la période ultime des affections cardiaques, il ajoute : « Nous donnons à ces symptômes le nom d'asystolie, en comprenant aussi sous cette dénomination *l'insuffisance de systole qui en est le point de départ et l'unique cause.* »

Mais voici que les travaux contemporains sont venus démontrer que l'insuffisance de systole ne suffit pas à donner l'explication du tableau clinique; il a fallu faire intervenir l'élément vasculaire et désormais le mot asystolie ne signifie plus absolument rien. En effet, si faible que le cœur puisse devenir, dit M. Peter, il possède toujours assez de force pour dilater les vaisseaux artériels (ainsi que le démontrent les tracés fournis comparativement par le sphygmographe et le cardiographe). Les stases et les hydropisies viscérales multiples qu'on observe dans l'asystolie ne peuvent s'expliquer que par la faiblesse des vaisseaux, incapables désormais de se vider dans les capillaires encombrés, parce qu'ils sont, comme le cœur, en dégénérescence.

Ainsi, dans les affections où le cœur seul est malade, dans la myocardite des états typhiques, on n'observe pas l'asystolie — La théorie de Beau est condamnée par la clinique qui montre que le cœur bat souvent fort alors que le pouls est faible ; elle est condamnée par la physiologie qui a mis en lumière l'action réciproque exercée par le cœur sur les vaisseaux, par les vaisseaux sur le cœur, grâce au nerf dépresseur de Cyon. Or cette réciprocité physiologique entraîne une réciprocité morbide (Huchard): Il faut donc substituer à l'idée primitive de Beau celle que M. Rigal a eu le mérite de mettre en lumière et qui l'a conduit à substituer au terme asystolie celui D'ASTHÉNIE CARDIO-VASCULAIRE.

II

S'il ne s'agissait là que d'une question de théorie et de doctrine, nous n'aurions aucune raison pour y insister dans ce journal où nous n'avons en vue que la médecine pratique; mais on comprendra qu'il y a derrière la théorie une question capitale de pronostic, et tous nos confrères savent par expérience combien il est utile de pouvoir porter un pronostic exact. Hippocrate l'a bien dit, lui qui pourtant n'avait guère à ménager sa clientèle, revêtu qu'il était d'un caractère sacré; il y eût encore insisté davantage s'il avait éprouvé que l'entourage d'un malade nous tient plutôt rigueur pour un pronostic inexact que pour un traitement maladroit.

Donc, on n'est pas autorisé à dire qu'il y a asystolie (1) parce que chez un malade les contractions ont diminué d'énergie, et qu'il existe un certain degré de distension du système veineux et des viscères. Du moment que, malgré la faiblesse du muscle cardiaque, le fonctionnement de l'appareil circulatoire se fait encore d'une manière à peu près régulière, il n'y a pas asystolie. Il peut y avoir de la fréquence, de l'inégalité, de l'irrégularité des battements du cœur, et cependant il ne surviendra ni dyspnée, ni cyanose, ni congestions multiples, ni hydropisies. L'absence de trouble périphérique dépend de l'intégrité des vaisseaux. Avec un appareil circulatoire périphérique sain et un cœur malade, on peut avoir une assez bonne circulation du sang, tandis que si les petits vaisseaux sont lésés, il suffira d'un trouble léger des contractions cardiaques pour provoquer ce qu'on nomme improprement asystolie.

L'importance du rôle joué par l'élasticité et la contractilité des vaisseaux dans le maintien de la circulation normale explique pourquoi les maladies du cœur sont d'autant moins graves que les sujets affectés sont plus jeunes. Le système circulatoire périphérique de l'enfant est doué d'une résistance extraordinaire, ses vaisseaux sont sains. Aussi voit-on quelquefois des individus de 7 à 8 ans atteints d'une hypertrophie cardiaque considérable avec un bruit de souffle intense qui guérissent de dix-huit à vingt-et-un ans. Chez eux on observe à peine de congestions, point d'œdème. — Voyez au contraire le vieillard dont les vaisseaux sont athéromateux et dégénérés; que son cœur vienne à faiblir sous une influence quelconque — qu'il se laisse dilater par les efforts de toux d'une simple bronchite, le syndrôme asystolique éclate. Il faut donc examiner parallèlement, avec le plus grand soin, l'état de la circulation périphérique, en même temps que celui du cœur, quand on veut savoir si un cardiaque est plus ou moins exposé à l'asystolie, et, si l'asystolie existe, quelles chances de l'enrayer on peut avoir.

Ainsi quels sont les SIGNES DE L'AFFAIBLISSEMENT DU CŒUR? — Le choc précordial est diminué, même absent; on perçoit à peine une sorte d'ondulation vague que Lancisi dénommait *tremblement du cœur*, et que les auteurs anglais désignent par l'heureuse expression de *fluttering* (quelque chose comme frôlement d'ailes). — La matité cardiaque est augmentée dans le sens transversal. — L'affaiblissement des bruits, du premier d'abord, puis du second entraîne la disparition des souffles morbides qui pouvaient exister antérieurement. — On a noté le renforcement du deuxième bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire ; puis, la surcharge des vaisseaux pulmonaires entraînant de proche en proche la dilatation des cavités droites du cœur, l'insuffisance tricuspidienne qui en résulte se traduit par le murmure asystolique que M. Parrot localise à droite du sternum et au voisinage de l'épigastre. Alors les veines jugulaires sont saillantes ; on y observe le pouls veineux vrai et systolique ; on peut observer les battements expansifs du foie, etc., etc.

D'autre part quels sont les SIGNES DE L'AFFAIBLISSEMENT DES VAISSEAUX? — Les congestions passives des viscères, du foie (ictère, douleur dans l'hypochondre droit et matité débordant les fausses côtes), — des reins : albuminurie, — de l'encéphale (délire nocturne ou insomnie, céphalalgie) — des ganglions du grand sympathique (contraction pupillaire, Giovanni) — puis les hydropisies,

(1) Rigal, *Gazette des Hôpitaux*.

les hémorrhagies, etc., le pouls faible et petit, les extrémités cyanosées.

Au point de vue du pronostic, on doit faire entrer en ligne de compte le nombre et l'importance vitale des organes atteints par la stase; ainsi la dyspnée liée à l'hypostase pulmonaire, l'anurie ou l'ischurie dépendant de la congestion rénale, sont des phénomènes graves. L'état des fonctions digestives et de la nutrition est aussi d'une extrême importance, et l'anorexie absolue, un bien fâcheux symptôme.

L'irrégularité et les intermittences dans les battements du cœur sont plus graves que leur précipitation. Souvent même la compensation semble exiger, pour s'établir, un certain degré de fréquence des battements. Un individu atteint d'insuffisance mitrale aura normalement de 80 à 96 pulsations pour que la compensation puisse se maintenir, le nombre des contractions suppléant alors à leur moindre énergie, et M. Rigal a vu, avec M. Lasègue, un malade chez lequel la digitale n'a jamais pu ramener le chiffre des pulsations au-dessous de 84.

Si l'asthénie cardio-vasculaire absolue et permanente est véritablement la condamnation à mort et sans recours, puisqu'elle entraîne comme conséquence la destruction pièce à pièce de tout l'organisme et la submersion totale du navire désemparé, — il faut savoir distinguer qu'il y a des asystolies transitoires, légères, susceptibles de guérir rapidement par un traitement bien conduit.

C'est dans la notion étiologique qu'on trouvera le plus souvent à la fois et la clef du pronostic et l'indication du traitement. Ainsi à des causes passagères transitoires, survenant dans le cours d'une affection cardiaque, — telles que émotions, efforts, abus des excitants (thé, café, alcool), complications broncho-pulmonaires — succèdera une asystolie passagère et transitoire, comme elle. A des causes permanentes : — altérations nutritives du myocarde et des vaisseaux, (athéromes des vieillards, des saturnins, des goutteux), — succèdera une asystolie permanente, définitive, irrémédiable.

Examinons donc quelles sont toutes les causes possibles d'asystolie, et ne craignons pas ici une précision presque didactique.

III

L'asystolie peut être :

1° D'ORIGINE CARDIAQUE OU CARDIO-VASCULAIRE, c'est-à-dire reconnaître pour cause efficiente une perturbation directe de l'appareil circulatoire lui-même. L'asystolie est toujours un processus aigu, mais qui peut être *secondaire*, enté sur une lésion chronique d'où il découle, c'est le cas le plus habituel. Elle est de règle à un moment donné dans l'insuffisance mitrale : la stagnation du sang dans les cavités droites entraînant leur dilatation, la valvule de Thébésius qui normalement empêche le reflux du sang dans la veine coronaire, devient insuffisante, une stase habituelle s'établit dans les vaisseaux qui nourrissent les parois du cœur; il en résulte un état subinflammatoire chronique, une dégénérescence irréparable de la fibre musculaire. — Dans le rétrécissement aortique, l'asystolie est plus tardive; Stokes l'expliquait par les troubles nutritifs du myocarde et des vaisseaux consécutifs à l'artérialisation incomplète des tissus. Mais elle n'apparaît d'ordinaire que secondairement à la dilatation de l'orifice mitral consécutive au rétrécissement aortique.

D'autres fois l'asystolie peut apparaître d'emblée sans lésions préexistantes du cœur ni des vaisseaux; cette asystolie *primitive* correspond à ce qu'on a appelé très-énergiquement *le cœur forcé* (1). Si l'on veut se reporter au mécanisme de l'acte physiologique de l'effort, diminution de la tension artérielle (augmentation de la tension veineuse), on verra qu'en s'exagérant un peu, il confine à l'asystolie. Aussi n'est-il pas surprenant qu'on ait vu l'asystolie éclater subitement chez des portefaix, forgerons, mineurs, chez des soldats surmenés; chez des touristes pendant l'ascension de hautes montagnes; il faut reconnaitre que souvent les malades étaient antérieurement alcooliques ou débilités par de mauvaises conditions hygiéniques. On se rappelle l'observation classique de cette jeune femme du Quartier latin, qui entra en asystolie après une nuit de danse effrénée.

Enfin M. Debove a observé l'asystolie dans le cours d'un goître exophthalmique, à la suite de crises violentes de palpitations; fait qui peut aussi rentrer dans les cas de cœur forcé.

L'asystolie peut être :

2° D'ORIGINE PULMONAIRE; — elle est rare dans les affections aiguës, bien que Graves et Grisolle l'aient observée dans la pneumonie aiguë, et M. Parrot dans un cas de phthisie aiguë, mais elle est fréquente dans l'emphysème, la bronchite chronique et la sclérose du poumon. L'apparition d'une pneumonie ou d'une bronchite aiguë peut faire éclater l'asystolie chez un cardiaque, en rompant la compensation parfaite jusque là.

3° D'ORIGINE GASTRIQUE ET HÉPATIQUE. — C'est là une catégorie des plus intéressantes, et presque entièrement mise en lumière par M. Potain. Ce savant clinicien a parfaitement montré que si les affections cardiaques, la compensation une fois rompue, entraînent rapidement des troubles gastriques et hépatiques, — réciproquement, certains désordres survenant sous l'influence d'une cause quelconque dans le fonctionnement du foie ou de l'estomac, peuvent favoriser l'apparition de l'asystolie. Par quel mécanisme? Est-ce par la voie vaso-motrice? ne serait-ce pas par la voie nerveuse, par l'intermédiaire du pneumo-gastrique qui tient sous sa dépendance estomac, foie, cœur et poumon? *Adhuc sub judice lis est.* Mais, quelle que doive être la véritable explication de ces faits, ils sont indubitables : on a pu dire qu'à côté du *foie cardiaque*, il y a le *cœur hépatique*. Dans le cours d'une affection d'estomac, il arrive qu'on observe l'accentuation du deuxième bruit du cœur au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, un bruit de galop perceptible à droite du sternum, des accès de dyspnée; c'est une ébauche d'asystolie. On peut voir même ces accidents passagers se répéter plusieurs fois

(1) Lévy, Thèse. Nancy. 1875.

dans le cours de la même maladie gastrique ou hépatique, véritable dilatation *à rechutes* du cœur droit.

4° D'ORIGINE RÉNALE. — On peut voir apparaître l'asystolie dans le cours d'une néphrite interstitielle. Quoi d'étonnant, puisque celle-ci, comme nous l'avons dit dans un précédent article, avant d'être une maladie du rein est une maladie du système artériel? D'ailleurs trois causes pourraient ici agir : l'endartérite chronique généralisée, une hyperplasie conjonctive du tissu interfasciculaire du cœur (Letulle et Debove), et les troubles gastriques habituels chez les néphrétiques. Il est intéressant de signaler, au point de vue clinique, certains cas où les accidents asystoliques ont été les premiers phénomènes observés, et où on n'a diagnostiqué que secondairement la néphrite latente.

5° D'ORIGINE NERVEUSE. — Faits aussi curieux que peu connus encore, Peter, Letulle, ont observé au cours d'un rhumatisme articulaire aigu les symptômes suivants : douleur précordiale angoissante irradiée vers le cou et l'épaule, respiration anxieuse, peau d'une pâleur livide et lèvres violacées, conjonctives jaunes, pouls petit, irrégulier, battant 140 avec folie cardiaque. — Un examen attentif permit de localiser la douleur à la pression sur le trajet du nerf vague, le long du sterno-mastoïdien, au creux épigastrique et à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche qui répond plus particulièrement au plexus cardiaque. — Concurremment se montrait une congestion pulmonaire, d'origine nerveuse, probablement comme celle que Longet déterminait expérimentalement par la section du pneumo-gastrique. N'est-il pas rationnel de voir là un *rhumatisme à forme asystolique,* dans lequel la fluxion rhumatismale, en se portant sur le plexus cardiaque comme elle eût pu se porter sur les méninges, explique les signes d'asthénie cardio-vasculaire? N'est-ce pas un cœur forcé par excitation nerveuse?

On peut rapprocher de cette observation celle d'accidents asystoliques analogues, survenant après une attaque d'angine de poitrine (Huchard). Dans ce cas, concurremment à des accès paroxystiques de douleur sous-sternale et d'angoisse caractéristique, avec dilatation considérable, presque aiguë de l'estomac, on put noter, du côté du poumon, des symptômes de congestion, mobiles dans leur siège et leur apparition, et du côté du cœur une précipitation extrême des battements cardiaques, de la dilatation des cavités, un pouls fréquent sans fièvre et des lipothymies.

De l'énumération de tant de causes d'asystolie, il ressort avec évidence que c'est la notion étiologique qui doit guider le praticien dans son pronostic et dans sa thérapeutique. Tant que le cœur et les vaisseaux ne seront pas irrémédiablement atteints dans leur structure, on pourra, en traitant la maladie primitive, faire cesser l'asystolie secondaire, et par exemple dans le cas d'asystolie d'origine nerveuse l'électricité pourra rendre d'incontestables services.

PAUL GERNE

Erratum. — Dans notre dernier article (N° 32) nous avions écrit (p. 377, 2e col, 7e lig.) *l'examen nécroscopique*; une erreur typographique nous fait dire *l'examen microscopique,* ce qui n'aurait pas de sens dans notre phrase.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 AOUT.

C'est à la chronique professionnelle qu'il nous a paru convenable de placer le récit circonstancié de l'Assemblée constitutive de la Société civile du *Concours médical.*

C'est en effet un acte d'intérêt éminemment professionnel que l'établissement d'une nombreuse Société de médecins. Quelles que soient leurs tendances, ces agrégations sont toujours un signe des temps. Il en est qui recherchent l'intérêt scientifique; d'autres l'assistance mutuelle; d'autres enfin, et la nôtre est du nombre, veulent faire marcher de pair la protection énergique de nos intérêts privés et professionnels, tout en ne négligeant rien de ce qui peut contribuer à notre avancement scientifique.

Les membres du *Concours* liront tous avec intérêt le récit de cette séance du 14.

On avait fait choix comme lieu de réunion, du restaurant *Véfour.* — En décembre dernier le repas pris au *Grand-Hôtel* avait laissé quelque peu à désirer. Le luxe des salons et de la salle du banquet n'avait pu compenser cette lacune importante. Le 14 août, le repas servi par la maison Véfour a donné toute satisfaction, et les convives conserveront le souvenir de l'abondance avec laquelle ont circulé les vins les plus généreux (1).

***

L'assemblée a préludé à ses travaux en choisissant dans son sein deux assesseurs, M. le Dr Marguerittе (*du Havre*) que connaissent tous nos lecteurs, et M. le Dr Decool (*d'Hazebrouck*), qui a procuré au *Concours* l'adhésion de presque tous les médecins de son arrondissement.

On a procédé ensuite à la *Constitution de la Société civile.* La série des votes qui en consacraient successivement les divers articles a été un instant interrompue par la fâcheuse nouvelle de l'accident survenu à M. le Dr Mignen. On avait pu apprécier, pour la première fois, la veille, à la

(1) Pourquoi ne dirions-nous pas à cette place, que le fournisseur du *Concours*, M. *Bidon* (de Bordeaux), avait spontanément envoyé la veille une caisse des vins des crus les plus renommés qu'il tient à notre disposition, pour en permettre la dégustation : on ne s'en est pas fait faute. Fort heureusement que, de son côté, l'honorable M. *Champetier* avait aussi pensé à nous : la *Reine de Vals* a permis aux estomacs les plus délicats de supporter, sans le moindre dommage, cette légère infraction à nos habitudes de frugalité. Nous nous tromperions fort si nos généreux fournisseurs en étaient pour leur gracieuseté.

réunion professionnelle, le tact, l'urbanité de notre confrère et toute la conscience qu'il apporte à l'étude des questions d'assistance médicale.

Puis est venue la discussion du règlement intérieur ; diverses observations sont faites au sujet de la façon dont les votes auront lieu au sein des comités: quelques personnes manifestent la crainte de voir la voix prépondérante du Directeur, en cas de partage, lui assurer trop d'influence. Au vote, l'Assemblée ne consacre pas cette appéciation, et, le scrutin une fois acquis, le Président déclare que, si on constatait dans la pratique, les inconvénients signalés, il serait le premier à réclamer une modification ultérieure.

La faveur accordée aux étudiants, et notamment aux fils des membres du *Concours*, de recevoir le journal gratuitement et de profiter des avantages des fournisseurs communs, provoque également des objections. L'Assemblée, après quelques explications du bureau, maintient le paragraphe.

Le chapitre relatif à l'exclusion des membres indignes amène la réunion à préciser quelques points et à modifier la rédaction primitive.

Le Président invite les membres présents à faire des propositions pour la nomination des membres des Comités. Comme il ne s'en produit aucune, il présente successivement les noms des Confrères qui jusqu'à ce jour lui semblent par leurs actes de concours, leur collaboration, leurs aptitudes, les plus propres à faire partie des Comités.

Plusieurs heures ont été nécessairement affectées à la lecture, à la discussion et à l'adoption des articles de la Société civile, du règlement de la Caisse de Prévoyance, et des règlements intérieurs.

La lecture des rapports suit l'allocution du Directeur. Peu d'instants restaient pour la discussion des conclusions déposées par les diverses commissions d'études, relativement aux vœux à exprimer dans nos cahiers de réclamations législatives.

Heureusement qu'informés par les articles insérés dans le *Concours*, tous les membres étaient unanimes à reconnaître la légitimité et le bien fondé de ces revendications ; la discussion n'a donc porté que sur des nuances.

L'heure du repas approchait, et, après le rude labeur de la journée, il fallait un intermède de causeries pour qu'on pût apprécier à sa juste valeur le menu de la maison Véfour.

A 7 heures, les Convives prenaient place autour d'une vaste table aussi somptueusement décorée que magnifiquement servie.

Il était quelque peu plus facile que lors de la réunion de décembre dernier de s'asseoir auprès de Confrères avec lesquels on avait déjà été en relation. Cette heureuse circonstance a fort contribué à faire naître très promptement cette expansion si naturelle aux disciples d'Hippocrate, même quand ils ne sont pas disposés à mettre en pratique le conseil d'ébrieuse mémoire donné par le Père de la médecine.

Au contraire de ce qui se produit dans les dîners officiels, personne n'avait à rechercher les sujets de conversation; on savait qu'on pouvait causer *de omni re scibili et non scibili*. On ne s'en est pas fait faute.

Nous ne ferons que mentionner les toasts ouverts par la santé des absents portée par le Directeur, qui se fait l'interprète de toute la réunion, en portant spécialement celle du docteur Mignen.

M. le docteur Bibard boit aux membres des comités et commissions d'études et aux succès de leurs travaux.

M. le Dr Helling porte la santé du docteur Cézilly et se fait l'interprète du sentiment unanime de la réunion, en affirmant la reconnaissance que tous doivent au Directeur du *Concours médical*, pour le labeur assidu qu'il s'est imposé dans l'intérêt général.

C'est à ce moment que M. le Dr Dunogier déclame d'une façon tout à fait remarquable la pièce suivante, due à un collaborateur anonyme du *Concours* :

UN TRISTE DÉNOUEMENT

Chapitre deuxième des honoraires du Médecin de Campagne.

Bisson était à table avec de vieux amis
Pour fêter dignement la naissance d'un fils ;
La soupe était mangée, on versait le madère
Qui, sous les feux du lustre, illuminait le verre,
Quand soudain entre un homme. Il est à bout de vent ;
Il a forcé l'entrée: « Un horrible accident
« Vient d'arriver, dit-il, au moulin. Un confrère
« Vous attend tout de suite; il croit qu'il faudra faire
« Une opération. Emportez vos outils. »

Bisson hésite. Au jour du baptême d'un fils,
Quitter la table, hélas ! c'est dur, mais comment faire ?
Tout le monde le presse, et d'ailleurs un confrère
Est là bas qui l'attend. Il sort tout en pestant,
Ordonne à son *commis* d'atteler à l'instant,
Visite ses couteaux, ses bistouris, sa *scie*
Il prépare ses fils, ses bandes, sa charpie,
Prend son chloroforme, et, quand tout est prêt, il part,
Il arrive au moulin, il opère avec art,
Aidé de son confrère ; une heure ou deux, il veille
Au chevet du blessé. Tout se passe à merveille.
Mais comme il s'en revient heureux de son succès,
Un gendarme l'arrête et lui fait un procès,
Vu « que la nuit est noire et qu'il est sans lumières ».
C'est le premier accroc fait à ses honoraires.
Mais ce ne fut point là son unique embarras.
D'abord, tout marcha bien. On ne tarissait pas
D'éloges sur son compte, et la jeune meunière
Lui disait que, sans lui, Benoît au cimetière
Serait allé tout *drait*, et que, certainement
On ne saurait jamais payer par trop d'argent
Un service pareil. Après six mois, l'antienne
Avait baissé d'un ton, et le meunier Etienne,
N'étant plus sous le coup du terrible accident,
Ne se préoccupait plus que de son argent.
Certe, il ne pensait pas à renier sa dette,
Mais la marche tournante était à moitié faite,
Et les feux de jadis pâlissaient au moulin.
Le confrère du cru, Ragot, Normand malin,
Huit ou dix jours après sa dernière visite,
En nature s'était fait régler tout de suite,
Par des achats de paille et de son; le meunier

Ne se consolait pas d'avoir, pour tout denier,
Un reçu dans sa poche et cherchait dans sa tête
A combien monterait le restant de la dette :
« Bisson, se disait-il, pour amputer Benoît
« A mis si peu de temps que, s'il est dit qu'on doit,
« Ce ne pourra jamais être une grosse somme.
« Il est venu cinq fois en tout ; si c'est un homme
« Un peu *consciencieux*, ce ne peut être cher...
« Pour cinq fois ! »
— Le meunier pourtant n'était pas fier.
Du plus loin qu'il voyait le docteur en tournée,
Il faisait volte-face. A la fin de l'année
Trouvant Monsieur Bisson au détour du chemin,
Ne pouvant l'éviter, il lui tendit la main :
« — Bonjour monsieur Bisson !
— Eh ! bonjour maître Etienne,
« Comment va-t-on chez vous ?
— Ça va, mais pas sans peine,
« Et l'on a pas sujet d'être toujours content.
« C'est pas comme chez vous, vous gagnez de l'argent.
« — Vous croyez ?
— Si je crois ? je le gage et sans peine,
« Beaucoup plus en un jour que moi dans la semaine,
« Et pas d'argent dehors, pas de loyer !
— J'aurais,
« A votre compte, acquis mon diplôme sans frais;
« Et, voitures, chevaux, maison et domestiques,
« Impôts sous toutes formes et sous toutes rubriques,
« Me seraient donc donnés par surcroît et pour rien ?
« Je suis trop pauvre, hélas ! pour acheter du bien,
« Mais vous, dès qu'on affiche à vendre un coin de terre,
« En foule on vous voit tous courir chez le notaire,
« Oublieux de nos soins !
— Dites pas ça pour nous.
« Justement aujourd'hui je m'en allais chez vous,
« Afin de demander ma *petite facture*
« A madame Bisson, quoiqu'elle soit plus dure
« Que vous pour le client.
— Elle a raison, s'il doit
Déjà depuis longtemps !
— Soyez bon pour Benoît.
« Moi je veux bien l'aider, étant très charitable,
« Si de votre côté vous êtes raisonnable...
« Combien lui prendrez-vous ?
— Cinq cents francs !
— Cinq cents francs !
« Si vous aviez toujours de pareils accidents,
« Vous seriez millionnaire avant peu. Je vous prie,
« Passez ça pour cinquante.
— Hein ?.. la plaisanterie
« Est mauvaise !
— Pour cent ?
— Cent fois non !
— Mais Benoît...
« Il ne pourra jamais vous payer ce qu'il doit ?
« — C'est vous qui le devez, vous êtes responsable,
« — Responsable, et de quoi s'il vous plaît ? Eh ? que diable,
« Je ne l'ai pas prié de se faire écorcher;
« D'ailleurs ce n'est point moi qui vous ai fait chercher.
— « C'est trop fort... vous paîrez.
— Je paîrai ?.. Si je paie,
« Vous n'êtes pas tout près de voir de ma monnaie !

Le Juge de Paix fit tout pour les accorder ;
Il perdit son temps. Il fallut donc plaider.
Etienne, en garçon sage et prudent, vient en ville,
Fait choix pour défenseur d'un avocat habile,
L'intéresse à son sort, dit qu'il n'est pas heureux ;
Qu'il a, depuis un an, nourri le malheureux
Benoît; qu'il est à bout de dons et de largesses;
Que jamais au docteur il n'a fait de promesses,
Et qu'il ne lui doit rien. L'avocat justement
Avait contre Bisson une assez vieille dent :
Il accepte l'affaire.
— A l'appel de la cause,
Bisson, trop confiant, plaide lui-même, expose
Les faits tout simplement. Mais son débit est lent,
Par défaut d'habitude, il ânonne en parlant;
Une interruption lui fait perdre la tête,
Il bredouille, et l'on rit; il s'embrouille... et s'arrête.
L'avocat félicite en deux mots le docteur
De l'opération qui lui fait tant d'honneur,
Et puis, sans plus tarder, vite il entre en matière.
Il conte au tribunal les faits à sa manière,
Les habille à son gré, prouve que l'accident
Est du fait de Benoît et non de son client.
« — En quoi, dit-il, Étienne est-il donc condamnable ?
« De quel acte imprudent s'est-il rendu coupable ?
« Employait-il chez lui Benoît comme ouvrier ?
« Non, car Benoît n'est pas un homme du métier,
« Benoît est calvanier; il travaille à la terre.
« Il était au moulin... nous n'en avions que faire.
« Mais il est là, gisant, blessé. Par charité,
« Mon client le ramasse alors. En vérité,
« Le docteur eût mieux fait d'être un peu charitable;
« Mon client lui montrait un exemple admirable ;
« Il le gardait chez lui, Benoît, un étranger;
« Lui prodiguait ses soins, lui donnait à manger ;
« Pourtant Benoît n'est pas un homme à son service !
« Au malheureux Benoît s'il a rendu l'office
« D'appeler le docteur, (ce qui n'est pas prouvé !),
« D'un acte d'honnête homme et par tous approuvé,
« Pourquoi donc mon client serait-il responsable ?
« Devait-il donc laisser mourir ce pauvre diable,
« Sans secours ?... On vous doit ?... Mais si quelqu'un vous
« Ce n'est pas mon client, c'est le blessé, Benoît; (doit,
« Des haillons de Benoît poursuivez donc la vente ! »
Dans sa péroraison, sa parole éloquente
Exalte du meunier la grande humanité,
Et flétrit du docteur la triste avidité.

Bisson veut protester mais l'affaire est perdue
Dans l'esprit du public : — « *La Cause est entendue*, »
Dit d'un ton nasillard monsieur le Président.
Le tribunal confère et rend un jugement
Dont le dispositif dit qu'aucun honoraire
N'est au docteur Bisson dû par son adversaire,
Et condamne Bisson à tous frais et dépens.
Etienne en était quitte au plus pour trente francs ;
Bisson, qui, par devoir, avait quitté sa table,
Marché pendant la nuit par un temps détestable,
Fatigué son cheval, fait avec grand succès
Une amputation, récoltait deux procès
Dont les frais se montaient, avec tous les décimes,
A cent quatre-vingts francs soixante et huit centimes,
Et ne recevait rien.
— Tel est, par trop trop souvent,
De nos rudes travaux le triste dénoûment.
Vous qui croyez encore à la reconnaissance,
Confrères, croyez-en ma vieille expérience.
Si vous ne voulez pas marcher toujours pour rien,
Ni faire des ingrats, prenez le bon moyen :

Faites-vous payer tôt, c'est le moyen unique,
Que je n'ai, *par malheur*, jamais mis en pratique!

Dr Sparadrap.

Les applaudissements, nombre de fois répétés, s'adressent à la fois à M. Dunogier et au rimeur spirituel qui, malgré l'adjuration du Directeur, fait la sourde oreille, lorsqu'on le somme de se faire connaître. Peut-être n'assiste-t-il pas an repas; nous l'invitons ici à receuillir les *vivat* qu'on lui a décernés.

On quitte la table, les conversations reprennent plus accentuées, à mesure que la soirée s'avance. Piqués au jeu, plusieurs confrères veulent contribuer, chacun selon leur talent, à donner la preuve que, le jour où nous le voudrons, nous pourrons faire succéder un concert artistique au dîner professionnel.

Il est impossible de faire connaître ici, même par un simple énoncé, tous les sujets qui ont été abordés dans les conversations. — Le *Concours* saura bien en profiter pour sa gouverne.

Pour être complet, nous devons dire au moins un mot de la réunion professionnelle du 13 août. C'est dans cette importante Séance préparatoire que les membres des Comités et des commissions d'études ont arrêté, d'un commun accord, les termes des communications qui devaient être faites le lendemain à l'Assemblée générale. Lecture y a été donnée des différents rapports; puis on a passé à la discussion des projets proposés par les diverses commissions d'études. C'est sur le résultat de cette première discussion très approfondie que l'Assemblée générale a été appelée à donner son avis. Cette méthode a permis d'aborder le lendemain, dans une seule séance, un grand nombre de sujets, de les traiter à fond et de se mettre d'accord sur tous les points. Nous n'insistons pas davantage aujourd'hui, puisque nous avons l'intention de reproduire ici même, dans une série d'articles, tous lesvœux qui ont été adoptés par l'Assemblée du 14 août.

COURRIER

I

Les médecins assermentés.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je lis dans le dernier numéro du *Concours Médical* nne charge à fond contre les médecins assermentés. Permettez-moi de tronver que le confrère dont émane l'article en question, s'est laissé aller à faire, par induction, un raisonnement défectueux, en ce sens qu'il est basé sur un seul fait, qui, au lieu de la règle, peut très bien être l'exception. — En d'autres termes, ce que mon honoré confrère dit d'un médecin assermenté donné, chacun de nous ne pourrait-il pas le dire de tel ou tel autre médecin, à propos d'un service médical quelconque. Les médecins assermentés ne forment pas une caste spéciale au milieu du corps médical. Ils peuvent être aussi consciencieux et désireux de remplir scrupuleusement leur mission que les médecins vaccinateurs, les médecins des prisons, les médecins des hôpitaux, etc... Ce qu'il faut bien savoir, c'est que les administrations ont, à tout moment, besoin d'un médecin qui, à une heure indiquée, est à leur disposition pour examiner les candidats qui demandent à entrer dans les diverses administrations. — A ce point de vue, le médecin assermenté a tout aussi bien sa raison d'être que le médecin spécial que chaque compagnie d'assurances sur la vie a soin de s'adjoindre. Ces compagnies qui connaissent mieux que les administrations publiques le prix de l'argent, ne veulent pourtant pas s'en rapporter aux certificats des médecins autres que ceux qu'ils ont désignés. — Il est aussi de notoriété publique que les conseils de révision ne tiennent que très peu compte des certificats délivrés par les médecins civils. Pourquoi? parce qne beaucoup d'entre nous ont la faiblesse de donner, sinon des certificats de complaisance, du moins des certificats où les choses sont présentées sous le jour le plus favorable à l'intéressé. Il faut avouer qu'en pratique (et même en supposant que la question d'intérêt n'interviendra pas) il est souvent fort difficile à un médecin traitant de refuser à un client avec lequel il a des rapports amicaux, un certificat un peu coloré à l'avantage du client en question; tandis que le médecin assermenté qui, personnellement ne connait pas en général l'intéressé, et qui, par devoir et par intérêt (car s'il remplit mal ses fonctions, il est facilement révocable) doit dire toute la vérité et rien que la vérité, ce médecin, je le répète, est dans une situation bien plus facilement indépendante.

De plus le fait seul que le certificat du médecin traitant devra être examiné par un autre confrère, est déjà une raison toute morale, mais efficace néanmoins, pour engager le malade et le médecin à ne pas sortir des limites de la vérité.

En résumé, de ce que certains médecins assermentés remplissent mal leurs fonctions, il ne résulte pas, de là, que l'institution n'ait pas sa raison d'être. Tout ce qu'il faut demander, c'est que les administrations s'entourent de toutes les garanties désirables quand elles font choix d'un médecin assermenté.

Dr D. 4 août

II

Rétroflexion de l'utérus. — Guérison par la méthode osmotique.

Mme X., âgée de trente quatre ans, d'une excellente constitution, est mère de quatre enfants. Deux ans avant son dernier accouchement, elle a eu un avortement, au terme de trois mois. Quelques mois après sa dernière couche, qui a été heureuse ainsi que celles qui l'ont précédée, elle a vu survenir diverses manifestations morbides, en rapport avec l'affection que j'ai été appelé à traiter dans ces derniers temps, affection dont la malade faisait alors remonter l'invasion à dix-huit mois on deux ans.

Le 23 mars dernier, Mme X. fit une seconde fausse couche, au terme de deux mois. Croyant à une délivrance incomplète, la sage-femme qui y présidait jugea prudent de m'appeler. Il me fut aisé, alors, de constater que Mme X. était atteinte d'une rétroflexion utérine très prononcée à laquelle l'accident en question semble devoir être rapporté.

Interrogée sur ses antécédents, Mme X. en fournit les renseignements suivants.

Quelque temps après sa dernière couche, ainsi que je l'ai déjà signalé, elle fut prise de sentiment de pesanteur dans le bassin, de maux de reins, de dyspepsie, de tout le cortège, en un mot, des affections utérines chroniques. Elle se mit successivement entre les mains de deux médecins, qui reconnurent un abaissement de l'utérus et vraisemblablement, une rétroflexion de cet organe. Elle fut soumise par eux à un traitement qui n'améliora en rien sa position. Ce fut dans ces conditions que survint une nouvelle grossesse dont, on la vu, l'a solution n'a pas été heureuse.

Une fois rétablie, Mme X. me pria de lui continuer mes soins. Or, voici quel était son état, le 23 mars, jour où fut institué le traitement auquel je crus bon de la soumettre.

Rectocèle très prononcée. La tumeur extra-vulvaire affectait, environ, le volume d'un œuf de poule. Utérus abaissé. Col, dans le sens de l'axe pelvien et siégeant en arrière de l'arc pubien. Fond de l'utérus, très developpé, occupant une position déclive par rapport au col.

Je ne pouvais, pour instituer mon traitement, choisir un moment plus favorable que celui de la régression de l'utérus consécutive à la délivrance. Voici les moyens qui furent mis en usage.

Port d'une ceinture hypogastrique en tissu élastique ;

Eau minérale purgative pour entretenir la liberté du ventre;

Irrigations utéro-vaginales, d'une quinzaine de litres d'eau chaude, matin, midi et soir; deux ou trois fois par semaine (sauf, bien entendu, le moment des règles), application de tampons d'ouate, en queue de cerf-volant, imbibés d'une solution glycérino-tannique à 5 0/0.

Retirer le tampon, après un séjour de vingt-quatre heures dans les organes. Reprendre aussitôt, après ce retrait, l'administration des douches utéro-vaginales.

Comme il est de règle, cette *application* a eu chaque fois pour effet de provoquer une secrétion très abondante des glandes vaginales, sécrétion sur laquelle je faisais le plus grand fonds, pour obtenir la *fonte* de l'engorgement de l'utérus.

Je n'ai pas été déçu dans mon espoir.

Du 26 mars au 27 mai, j'ai appliqué quinze tampons. A ce dernier terme, la rectocèle n'existait plus déjà depuis quelque temps, le col de l'utérus avait repris sa place, au centre de l'excavation, le fond de l'organe n'était plus accessible au doigt. La résolution était complète.

Pour ce qui est de l'état général de Mme X..., il ne laisse plus rien à désirer.

Assurément, le traitement qui m'a fourni des résultats si avantageux, n'est pas une nouveauté thérapeutique. Il n'était pas moins nécessaire de le rappeler, deux honorables confrères appelés avant moi à donner des soins à Mme X..., n'ayant pas eu l'idée de l'appliquer.

D[r] L. Hamon (de Fresnay).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'étude publiée dernièrement par un de nos collaborateurs, sur l'opération de la trachéotomie pratiquée par le procédé rapide de M. de Saint-Germain. La *Gazette des hôpitaux* nous fait connaître une leçon de M. le D[r] J. Simon, dans laquelle cet habile médecin combat cette manière de faire. Fidèle à notre habitude, de faire connaître à nos lecteurs le pour et le contre de chaque chose, nous reproduisons cette leçon : à eux de choisir ensuite ce qui leur paraîtra le plus utile au salut de leurs malades. Voici cette leçon.

Je veux vous parler des soins que l'on doit donner à l'enfant aussitôt après la trachéotomie et les jours suivants. Quant à l'opération, je vous conseille de la faire *ad libitum.* Pour moi, la trachée étant bien fixée, je fais une première incision de un centimètre et demi à deux centimètres au plus de longueur, jusqu'à ce que j'arrive sur la trachée ; puis, celle-ci étant reconnue, je l'ouvre avec un bistouri boutonné, en ayant soin de plonger mon doigt aussitôt dans le tube aérien, — c'est ce que j'appelle l'opération au doigt, — afin d'empêcher le sang d'y pénétrer. Ensuite je passe le dilatateur, et j'assieds l'enfant ; l'arrivée de l'air provoque de la toux, de l'expectoration, et l'asphyxie diminuant, l'hémorrhagie s'arrête le plus souvent. On passe ensuite la canule, on l'attache avec soin en la fixant de manière qu'elle ne puisse ressortir d'elle-même dans les efforts que pourrait faire le malade ; on nettoie l'enfant, et on lui met une cravate de tarlatane qui tamise l'air et lui permet d'arriver dans l'arbre aérien, doué d'une certaine température. On enveloppe l'enfant dans des linges chauds, et on le couche dans son lit.

Etudions maintenant quels sont les accidents qui peuvent survenir et les moyens d'y parer et de les enrayer.

Ce sont, tout d'abord, l'hémorrhagie, qui peut être très abondante et le sang couler à flots, surtout si l'enfant est déjà grand. Le sang peut tomber dans la trachée, étouffer l'enfant et le tuer. Le doigt dans la trachée, comme je vous le disais tout à l'heure, empêchera le sang d'y pénétrer; mais, outre le doigt de l'aide ou du chirurgien, vous avez encore la compression au bord de la plaie exercée par votre aide, les pinces hémostatiques pour saisir et tordre le vaisseau qui donne du sang, enfin une canule de gros calibre. En

effet, si, une canule de moyen calibre étant placée dans la trachée, l'hémorrhagie continue, ce qui est assez rare, vous la remplacez par une plus grosse ; et les bords de la plaie, que vous avez eu soin de faire petite, comme je vous l'indiquais en commençant, viennent s'appliquer contre elle; vous soulevez avec précaution le pavillon de la canule par une petite plaque d'amadou imbibée de perchlorure de fer. Ces derniers moyens suffisent presque toujours à arrêter l'écoulement du sang. Cependant, s'il continuait encore, vous auriez recours au perchlorure de fer à haute dose.

En dehors de l'hémorrhagie vous avez encore, comme accident possible, dont vous devez toujours prévenir la famille avant de commencer l'opération, la mort sous le couteau, soit par syncope, soit par une obstruction des fausses membranes telle que l'enfant meurt asphyxié.

Vous avez aussi la mort apparente. Ceci me rappelle un petit enfant américain de neuf à dix ans qui habitait dans l'avenue du bois de Boulogne et qui resta dans l'état de mort apparente pendant une heure et demie. L'opération l'avait peu soulagé, à peine apercevait-on quelques oscillations du pouls, quelques ondulations du cœur, mais des plus faibles. En pareils cas la conduite à tenir est la suivante : flagellez l'enfant pour exciter la peau, excitez les nerfs de la face par des odeurs fortes, par la flagellation avec une serviette imbibée d'eau froide ; pratiquez la respiration artificielle, non plus avec la bouche, ce qui ne présente aucun avantage et vous menace de contagion, mais avec un soufflet pour envoyer de l'air aux poumons. Emportez même sur vous, comme je le fais souvent, la poire à pulvériser ou insuffler de l'appareil de Richardson. Quant à l'électricité, c'est un moyen peu pratique, d'abord parce qu'on n'a pas toujours un appareil à sa disposition, ensuite parce qu'il faut savoir s'en servir, il faut électriser avec énergie le cœur et les parties latérales du cou.

Comme autres accidents, je vous citerai aussi l'emphysème des parties latérales de la plaie tenant au défaut de parallélisme des ouvertures des parties molles. Tout ce qui est emphysème reste borné, circonscrit aux parties immédiatement voisines ; il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure ; mais, s'il pénètre profondément, il devient alors dangereux, car il peut atteindre le médiastin et déterminer la mort.

Enfin je dois vous parler de la perforation de la paroi postérieure de la trachée et de la pénétration mortelle des liquides de l'œsophage dans les voies aériennes. C'est là un accident qui est arrivé à tout le monde sans exception, et dont il faut toujours se préoccuper. On n'a pas toujours sur soi un bistouri fraîchement repassé, de telle sorte que, si la pointe est un peu émoussée, les tissus feront résistance ; vous cherchez à inciser plus fortement, et il suffit que votre instrument se trouve arriver dans l'interstice de deux anneaux, pour que la pointe pénètre plus profondément que vous ne le voudriez et traverse la trachée de part en part.

C'est pour ce motif que je repousse le procédé en un temps de mon ami, M. de Saint-Germain, qui le pratique cependant toujours si heureusement, mais aussi, il faut bien le dire, qui a un arsenal chirurgical toujours prêt à être utilisé.

Cet accident est un de ceux auxquels il n'y a aucun remède.

L'opération étant faite, et le malade ayant échappé à tous les accidents immédiats, il s'agit de parer aux accidents consécutifs éloignés. Il faut tout d'abord veiller à une bonne installation de la cravate, à ce que la canule soit convenablement attachée, que le pavillon ne soit pas très mobile.

Il faut s'assurer que la personne qui doit garder l'opéré sache retirer et replacer la canule interne. C'est ainsi que j'ai vu un enfant sur le point de succomber parce que le médecin de garde ignorait absolument, malgré ses années, les petites manœuvres nécessaires pour retirer la canule et par suite n'osait pas y toucher ; celle-ci s'était peu à peu obstruée par les fausses membranes et l'enfant s'asphyxiait.

Dès que l'enfant a été opéré, il ne faut pas le laisser reposer, ni céder pendant les deux premières heures qui suivent l'opération, au sommeil qui tend à l'envahir ; il faut lui parler, l'exciter un peu, lui donner de l'alcool, du café; car, s'il s'endormait trop tôt, il courrait grand risque de s'asphyxier. Vous nourrirez ensuite l'enfant par une alimentation substantielle, vous le forcerez à manger, s'il s'y refuse. Il est de ces petits êtres qui qui ont une dysphagie, une répugnance pour tous les aliments, un refus de déglutition tels que, si l'on ne parvenait à les maîtriser, ils succomberaient infailliblement.

Dans la chambre, vous entretiendrez une douce température (17°), des pulvérisations phéniquées continues. Si, comme cela a lieu le plus souvent, l'enfant a été opéré dans la soirée, votre premier pansement aura lieu le lendemain, à votre visite du matin. Vous enlèverez la canule, vous toucherez légèrement la plaie avec du perchlorure de fer, de la teinture d'iode ou du nitrate d'argent, sans atteindre le conduit interne, sans tourmenter la plaie, mais en agissant surtout sur les bords. Vous laisserez l'enfant quelques instants, cinq ou six minutes pour la première fois, sans canule, selon que la respiration s'embarrassera plus ou moins vite.

C'est ainsi que, chaque jour, vous renouvellerez une fois votre pansement à une heure toujours la même. Vers le quatrième ou le cinquième jour, vous habituerez l'enfant à se passer plus longtemps de la canule ; mais ceci est affaire de tâtonnement, car chez les uns la chose sera facile, tandis que chez d'autres, au contraire, vous êtes parfois forcé d'en continuer l'usage pendant des semaines, voire même des mois. Les deux ou trois premières respirations sont bonnes, puis il se fait du tirage, l'enfant redemande sa canule ; ne lui cédez que si l'asphyxie revient, et vous arriverez bientôt à gagner un quart d'heure, vingt minutes, etc. Vous apprendrez à la personne qui garde l'enfant à faire de même le soir, afin d'habituer peu à peu celui-ci à respirer sans canule. Enfin, vers le dixième ou quinzième jour, le plus généralement, l'enfant arrive à pouvoir s'en passer.

Pendant la convalescence, quelques accidents sont encore possibles. C'est ainsi qu'à l'auscultation vous trouverez certaines zones du poumon qui ne reçoivent pas d'air, tandis que le reste de l'organe respire librement; cela tient à des ramifications bronchiques qui sont encore embarrassées de mucosités. Vous observerez, dans ce cas, de la congestion pulmonaire ou de la broncho-pneumonie que vous combattrez par des ventouses sèches, par l'alcool, par le café, par la strychnine.

Tels sont les soins locaux et généraux dont vous devrez entourer l'enfant trachéotomisé; et parmi lesquels j'insiste surtout sur une bonne manipulation de la canule.

EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ

(Suite).

Dernière et suprême preuve de son excellence ; de même que la machine, par sa seule rotation sous l'influence d'un aimant, crée un courant électrique; de même, si le courant engendré par une autre source circule dans le fil de la bobine, elle se met à tourner devant l'aimant sans autre impulsion. Est-il une démonstration plus évidente des principes que nous posions au début, sur la réciprocité des transformations de l'énergie. Est-il en même temps, machine plus merveilleuse que celle qui peut, à volonté, inverser son travail sans que son rendement diminue ?

Ce ne sont pas, du reste, les machines magnéto-électriques qui manquent à l'Exposition. Depuis M. Gramme, mille inventeurs ont, à sa suite, exercé leur ingéniosité dans cette voie féconde, où les solutions du même problème peuvent être multiples, et nombre de machines, fondées sur le même principe général, sont actuellement à l'essai. Beaucoup sont excellentes ; la lutte qui, nécessairement, aura lieu pendant ces trois mois, nous permettra d'établir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

On ne peut cependant, dès l'ouverture, ne pas signaler la machine monstre de M. Edison, montée sur le même bâti que le moteur dont la bielle l'actionne directement, et qui absorbe, à elle seule, cent chevaux de force, tandis qu'un type ordinaire, en prend huit environ. Le système de M. Edison supprime les courroies; mais le célèbre inventeur ne s'illusionne-t-il pas un peu sur les inconvénients de ces transmissions? Si, ce dont on ne peut préjuger, c'est là le seul avantage de cette disposition, nous ne la croyons pas capable de faire oublier les embarrat que ses dimensions créent forcément.

IV

Le second mode de transformation de l'énergie en électricité, après avoir été longtemps le seul en usage, n'a, pour le moment, et jusqu'à ce qu'une nouvelle découverte lui donne la fécondité du premier, qu'un intérêt un peu rétrospectif.

On ne trouve plus que dans les cabinets de physique la machine à plateau de verre, avec ses coussins recouverts d'or mussif : elle a cependant, dans cette étude, l'avantage de montrer clairement encore la succession des transformations de l'énergie. Le disque ne tourne-t-il pas à frottement dur contre les coussins, et la chaleur développée par ce frottement, chaleur qui, au contact des pointes du collecteur, se transforme en électricité, n'est-elle pas elle-même due à une première transformation du mouvement de rotation du disque?

Regardons cependant avec respect, malgré son inutilité actuelle, le superbe et encombrant spécimen que nous offre, aux Champs-Elysées, la section des Pays-Bas, et qui, paraît-il, a cent ans de date : il a été le point de départ de toutes les découvertes actuelles.

Ce n'est pas encore au même rang qu'il faut mettre les piles électriques, bien qu'elles ne semblent devoir plus jouer grand rôle dans les applications industrielles de l'électricité; si l'on peut, en les associant, produire des courants énergiques, elles consomment un combustible beaucoup trop cher : le zinc. Une pile est, en effet, composée, comme on sait, d'un bain d'acide étendu d'eau, dans lequel plongent une lame de zinc et une lame de cuivre (ou de tout autre métal). La combinaison chimique de l'acide et du zinc qui ont l'un pour l'autre une grande affinité, est accompagnée d'un dégagement de chaleur. Cette chaleur, quoique faible, est suffisante pour produire une quantité appréciable d'électricité, dès qu'on met en communication, par un fil métallique extérieur bon conducteur du courant, la lame de cuivre ou d'autre métal qui reste inattaquée, et la lame de zinc.

Mais ce courant ne peut jamais atteindre une grande puissance : son intensité est proportionnelle à la surface du métal attaqué par l'acide, sa tension à l'affinité de l'acide pour le métal; il n'est donc possible, sans exagérer les dimensions de l'appareil, d'obtenir les intensités et les tensions réclamées maintenant par l'industrie, qu'en associant un grand nombre de piles entre elles. Longtemps ce seul moyen a dû être employé, et l'on peut encore citer les batteries du Grand-Opéra de Paris, où 360 couples Bunsen produisent la lumière électrique nécessaire aux jeux de scène. Aujourd'hui, la facilité avec laquelle les courants électriques les plus énergiques peuvent être engendrés avec les machines magnéto-électriques a fait reléguer les piles parmi les instruments de laboratoire, et l'Exposition n'offrira aucune nouveauté aux visiteurs dans la classe 2, qui leur est réservée.

Le ministère des postes et télégraphes a cependant réuni dans son pavillon toutes les piles actuellement employées en télégraphie, où ces appareils sont obligatoires, chaque fois qu'en un endroit isolé il est impossible de créer plus économiquement des courants électriques.

La raison de l'abandon presque complet de ces sources d'électricité est, comme nous l'avons dit, outre l'encombrement qu'elles causent dès que, pour un travail de longue haleine, on est obligé de les associer en grande quantité, la cherté du combustible, le zinc. Alors qu'avec la machine de Gramme on produit de l'électricité à aussi bas prix, pour ainsi dire, que de la vapeur, dans les piles électriques, les consommations de zinc et d'acide sulfurique sont hors de proportion industrielle avec le travail produit. Signalons, pour fixer les idées, qu'une batterie de 60 piles Bunsen, nécessaire pour obtenir un arc voltaïque de quelque importance, coûte 3 francs par heure, sans compter la main-d'œuvre.

Est-il besoin maintenant d'appeler l'attention des visiteurs de l'Exposition sur certains appareils que contient encore la salle 2? Leur curiosité n'est-elle pas suffisamment surexcitée depuis quelque temps par la réclame qu s'est faite autour d'eux, pour qu'ils n'aient garde de négliger l'examen des accumulateurs, ou, comme les a si justement appelés M. Gaston Planté, des piles secondaires? Qu'est-ce donc que ces intéressantes piles, aux-

quelles on ne doit pas faire porter la peine du bruit malsain qu'elles ont soulevé, et qui, sans doute, ont un brillant avenir devant elles?

Nous venons de dire que la puissance d'une pile était limitée, et qu'on devait, pour atteindre à d'énergiques courants, en associer un certain nombre. Imaginons cependant que, grâce à une transformation inverse, comme nous en avons vu plus haut la possibilité, on détruise l'affinité chimique qui lie l'oxygène et l'hydrogène de l'eau contenue dans un vase, en y faisant passer un courant électrique; qu'on emmagasine séparément chacun des deux gaz, à mesure qu'ils se dégagent sous l'influence du courant, en fixant: l'un, l'oxygène, sur la la lame d'un corps métallique, déjà oxydé, qu'il peroxydera; le second, sur une autre lame du même corps qu'il réduira à l'état métallique. Il suffit d'admettre, pour cela, que chacune des lames soit en communication avec un des pôles d'une pile. Tant que le courant passera et décomposera le liquide, chacune absorbera donc le gaz qui vient se fixer sur elle. La circulation du courant interrompue, et les deux lames mises en communication par un fil métallique, ces nouveaux éléments, l'un réduit à l'état métallique, l'autre peroxydé, vont réagir sur l'autre, et se combiner du façon à revenir mutuellement à l'état primitif. Cette combinaison sera nécessairement accompagnée d'un dégagement de chaleur, et développera, dans le nouveau circuit, un courant électrique d'autant plus intense que la réaction durera plus longtemps, c'est-à-dire que la première décomposition aura séparé un plus grand nombre d'éléments d'hydrogène et d'oxygène. La puissance de l'accumulateur n'est donc limitée que par puissance d'absorption des lames qui baignent dans l'eau, et sa consommation est nulle, puisque, après chaque décharge, il peut à nouveau emmagasiner une quantité d'électricité, les deux lames étant revenues à l'état primitif. On voit de suite à quelles multiples applications de tels appareils peuvent être employés.

Dans une usine centrale, où la force motrice est à bas prix, des machines de Gramme engendrent des courants électriques qui circulent dans les accumulateurs, et les chargent en décomposant une certaiue quantité d'eau. Ces appareils, livrés ensuite au public, constituent autant de sources d'électricité distinctes, qu'on peut utiliser pour tous les besoins de la vie. M. Gaston Planté, l'inventeur des piles secondaires a pressenti l'importance de sa découverte: il a démontré que, le jour où l'élément à oxyder et à réduire pourra emmagasiner une force suffisante, ces appareils seront appelés à rendre de grands services. M. Planté utilise le plomb du commerce, toujours recouvert d'une couche d'oxyde; mais le pouvoir absorbant de ce corps n'est pas encore assez élevé pour qu'un accumulateur isolé représente un véritable réservoir de force: tout dernièrement, comme chacun sait, un perfectionnement de la pile secondaire, duquel on menait grand bruit, et qui consiste à remplacer le plomb par de l'oxyde de plomb, avait, disait-on, réalisé les espérances de M. Planté. Qui ne se souvient des grandes affiches de la Société « Force et Lumière, » qui flamboyaient dans Paris, au soleil de mai, comme les nouveaux astres d'une nouvelle époque? Plus de chevaux! Plus de gaz! Telle était la devise. La révolution était faite, l'électricité était définitivement maîtresse. Chaque matin on devait recevoir avec son journal sa provision d'électricité pour la journée: les affiches le disaient du moins, et les affiches, comme on sait, n'ont jamais menti. Hélas! jusqu'à présent les murs de Paris en savent plus long que le monde savant sur l'accumulateur Faure, et ce n'est point un des moindres attraits de l'Exposition, que la perspective qu'elle nous promet d'expériences sérieuses et concluantes sur cette pile mystérieuse.

V

La transformation en électricité de la chaleur créée par un autre foyer, est un des phénomènes électriques sur lesquels nous avons le moins de données.

On sait, cependant, qu'il suffit, dans un corps hétérogène, que la propagation de la chaleur rencontre une résistance, pour qu'il y ait aussitôt production d'électricité. Si, par exemple, on chauffe à la flamme d'un foyer, même faible, l'extrémité d'un fil métallique dont une moitié, qu'on a martelée pour changer la texture du fer, reste préalablement à la température ordinaire, il se développe un courant électrique circulant de l'extrémité chaude à l'autre plus froide, et dont l'énergie est proportionnelle à la différence des températures. De même encore, si, à chaque extrémité d'un barreau métallique, on soude un barreau d'un autre métal, et qu'on chauffe une seule des deux soudures, on peut, à l'autre, recueillir un courant. L'électricité développée a une assez grande intensité, mais peu de tension.

Il ne semble pas, du reste, que l'avenir puisse appartenir à ce genre d'appareils, car, dès qu'on veut obtenir un courant suffisamment énergique, il faut une quantité de chaleur dont l'utilisation au point de vue électrique n'est plus rationnelle, étant donné les machines magnéto-électriques actuelles. Mais en électricité, plus qu'en tout autre branche de la science encore, il ne faut jamais préjuger l'avenir. Peut-être une découverte de génie, comme celle de Gramme, est-elle appelée à faire de cette transformation d'énergie, d'ici à peu, la plus économique et la meilleure.

VI

Les transformations du mouvement et de la chaleur en électricité relèvent, à vrai dire, de questions purement scientifiques; si nous avons dû nous y étendre quelque peu, c'est que leur étude rend plus facile et plus claire celle des transformations inverses. Pour mener à bonne fin la revue générale que nous avons entreprise, il nous reste maintenant à traiter la partie intéressante et la moins ingrate de notre tâche: celle qui parle le mieux à l'imagination, — les applications industrielles de l'électricité.

Tout d'abord, envisageons les courants comme sources de mouvement: nous avons vu, au début de cet article, que les moteurs électriques, les télégraphes et les téléphones, n'étaient que les résultats de cette nouvelle transformation de l'électricité.

De même qu'un courant électrique prend naissance par le déplacement d'un aimant aux abords d'un fil métallique, ou inversement par le déplacement de la bobine, de même le passage d'un courant dans un fil, aux abords d'un aimant, déplace soit l'aimant, soit la bobine sur laquelle le fil est enroulé. Dans les deux cas, le mouvement le plus simple qui se puisse effectuer est une rotation autour d'un axe.

(*à suivre*) GASTON SCIAMA.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Je désirerais que les membres du Concours qui se sont trouvés dans la même situation voulussent bien me fournir sur cette organisation les renseignements utiles. » Nous publierons volontiers la réponse à votre question.

— Dr M. à N., (Seine), 21 août.

Nous comptons non seulement sur votre visite, mais encore sur votre présence à la réunion du 17.

— Dr F. à St.-P., 1954, 22 août.

On reproduira selon votre désir. — Informez nous du résultat, et de la modification qu'il y aurait à faire ultérieurement, à l'avis qui vous concerne, s'il ne répondait pas à votre attente.

— Dr L. à R., (Vosges), 22 août.

On a fait les envois réclamés. — Nous sommes convaincus qu'avec votre esprit d'initiative, vous aurez bientôt crée le syndicat des Vosges. Nous souhaitons à nos confrères qu'il se trouve parmi eux nombre d'adhérents aussi énergiques que ceux qui vous entourent. Le nombre importe peu.

— Dr B. à D., (Orne), 21 août.

Envoyez-nous les noms des confrères qui vous auraient fait des offres, afin que nous puissions en faire profiter nos lecteurs.

— Dr H. à H., (Seine-Inférieure), 24 août.

Depuis cette époque la situation a été occupée. — Ecrivez aux adresses que nous indiquons dans les derniers numéros et surtout renseignez-nous sur le résultat de vos démarches.

— Dr B. A. à M. (Bouches-du-Rhône), 24 août,

Nous regrettons que votre proposition soit aussi tardive. Les lettres d'offre en réponse à la demande ont été envoyées au confrère. Elles étaient très-nombreuses; nous supposons qu'elles ont satisfait au désir exprimé; nous le croyons d'autant plus volontiers qu'on ne nous a pas accusé réception !! — Vous ajoutez : *L'œuvre du Concours est digne des remercîments du corps médical tout entier; de jour en jour, on en comprend et on en apprécie mieux la portée, etc...»* Croyez, cher confrère, que notre alliance sera féconde, le jour où chacun de nous voudra prendre, en faveur du *Concours médical* que nous avons établi, une faible part de la tâche que nous poursuivons, avec la certitude d'amener tôt ou

tard, tous nos adhérents, à faire tous les actes quotidiens que nous leur réclamons.

Exemple : notre confrère a reçu de vous, a diverses reprises, nombre de lettres. Nous lui demandions de nous informer s'il était satisfait. Ses nombreuses occupations ne lui ont pas encore permis de nous répondre.

— Dr D. 203, 24 août.

Les membres du *Concours* ne sont pas redevables pour ces communications, qui peuvent rendre service a nos confrères — Ce service n'a été organisé que dans un but de solidarité. Nous estimons pourtant que lorsqu'ils arrivent a obtenir pleine satisfaction par notre intermédiaire, ils pourraient bien se faire un devoir de rendre à la collectivité un témoignage de satisfaction, sous forme d'une somme affectée au prix du *Concours*.

— Dr C. à C. (Oise) 24 août.

En votre nom M. N. ne peut être que le bienvenu parmi nous, on lui a envoyé une formule qn'il devra revêtir de sa signature. Nous espérons vous voir à la réunion.

—

AVIS

L'administration informe la personne qui demande par une lettre non signée, l'insertion d'une clientèle à céder, que cette insertion ne peut avoir lieu. Il n'est pas possible de prendre cette responsabilité, quelque légère qu'elle soit. Nous ne pouvons avoir foi qu'aux assertions d'un confrère qui nous est connu au moins par correspondance. Même dans ce cas, il est bien évident qu'il appartient à l'acquéreur d'une clientèle de s'informer avec soin : où pourrait-il mieux se renseigner qu'auprès des médecins éloignés d'une dizaine de kilometres et, par conséquent, à peu près désintéressés. En général, ils seront heureux de fournir les renseignements demandés. Ces renseignemets seront à peu pres toujours fondés.

—

LE

CONCOURS MEDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2 Septembre 1882 — 4me Année. — N° 35

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical. »

AVIS. — L'Assemblée générale des membres de la Société civile du *Concours médical* est fixée au dimanche 17 septembre, à quatre heures du soir très précises, *dans les salons du Grand Véfour*, au Palais-Royal.

A la suite de la réunion, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à dix francs seulement, la Société prenant à sa charge le complément des frais.

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères qui se proposent d'assister à la réunion et au repas *de nous en donner avis dans le plus bref délai possible*, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

CONSEIL DES COMITÉS

Les membres des comités d'Administration, de Rédaction et d'Etudes des annonces se réuniront en *Conseil des Comités* le samedi, 16 septembre, veille de l'Assemblée générale, aux bureaux du *Concours médical,* à deux heures de l'après-midi.

En effet le règlement concernant les comités porte :

ART. 13. — Les comités se réunissent au moins une fois chaque année en Conseil des comités pour entendre la lecture des rapports présentés à l'Assemblée générale par le Directeur et par chacun des comités en particulier.

Le conseil des comités approuve la situation et les inventaires annuels avant leur présentation à l'Assemblée générale. Il arrête le projet du budget qui sera soumis à cette Assemblée, ainsi que les propositions qui lui seront faites pour l'emploi des bénéfices annuels.

ART. 15. — La présence de cinq membres au moins, y compris le Directeur, est nécessaire pour assurer la validité des décisions du Conseil des Comités. Les décisions sont prises à la majorité des voix, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

ORDRE DU JOUR

DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

1° Présentation à l'Assemblée générale des rapports concernant l'exercice annuel 1881-1882 :

Rapport du Directeur ;
Rapport du Comité d'études des annonces ;
Rapport du Comité de Rédaction ;
Rapport du Comité d'administration.

2° Discussion des conclusions de ces divers rapports.

3° Vote de l'emploi de la somme disponible conformément à l'article 3 des statuts.

4° Nomination des membres des Comités.

5° Discussion des intérêts professionnels et des propositions des membres du *Concours*.

Nous rappelons, par mesure d'ordre, les divers articles du règlement concernant la tenue des Assemblées générales :

Art. 1er — La convocation pour les Assemblées générales est faite par simple avis inséré au journal, quinze jours au moins avant celui fixé pour la réunion.

Art. 2. — Le Bureau est constitué par le Directeur Président de droit, deux médecins choisis parmi les membres de l'Assemblée et tous les membres des comités présents. — Le Bureau choisit son secrétaire.

Art. 3. — Dans l'intérêt de la discussion, et pour rendre les débats aussi fructueux que possible, tout membre qui voudra présenter une motion à l'Assemblée, devra en faire connaître la teneur au Directeur, huit jours au moins avant la date de la réunion.

Art. 4. — Procès-verbal sera dressé des résolutions de l'Assemblée et publié dans le numéro du Journal qui suivra la réunion.

Nota : Les cartes qui constituent le titre de membre de la société Civile du *Concours médical* ont été adressées à tous les adhérents jusques et y compris le N° 2300.

Ceux d'entre eux qui n'auraient pas reçu cette carte sont priés de la réclamer immédiatement au bureau du *Concours*.

Nous invitons de nouveau les *membres du Concours*, qui ne pourraient assister à la réunion, et qui auraient des propositions d'intérêt général à présenter, à les formuler de suite par écrit et à nous les transmettre, afin qu'elles puissent figurer à l'ordre du jour être examinées et discutées en séance.

Nous réclamons, notamment, leurs propositions pour l'affectation des sommes disponibles.

La Direction.

BULLETIN

Le travail que M. Hallopeau avait présenté l'année dernière à l'Académie sur le traitement de la fièvre typhoïde, à l'aide du sulfate de quinine, du calomel et du salicylate de soude, a fait naître dans l'esprit de M. Vulpian l'idée qu'il y aurait utilité à introduire, dans le tube digestif des malades atteints de fièvre typhoïde, des substances capables de détruire le ferment morbide auquel on attribue l'origine de cette affection. M. *Vulpian* a donc essayé diverses substances pour voir s'il n'en trouverait pas une parmi elles, qui pût modérer l'intensité ou diminuer la durée du mal, et il vient aujourd'hui faire connaître le résultat de ses recherches.

L'iodoforme n'a donné aucun effet appréciable. L'emploi du salicylate de bismuth à la dose de douze grammes a produit, chez les malades, une amélioration incontestable, mais cette amélioration était malheureusement compensée par des inconvénients sérieux (dyspnée, hémorrhagie). Les effets du phénate de soude, à la dose de deux grammes et plus par jour, n'ont pas été très saillants. L'acide borique qui a été prescrit à la dose de douze grammes par jour et n'a pas semblé modifier sensiblement l'état des malades.

L'acide salicylique a été administré soit sous forme de mélange avec le phosphate de chaux ou le sucre de lait, soit pur. Sous cette dernière forme qui est la plus active, il n'a pas produit d'accidents à la dose de 6 et 7 grammes : deux fois seulement il y a eu une prostration légère. Cependant, chez les très jeunes gens, il s'est produit quelques phénomènes de salicylisme (agitation, subdelirium), phénomènes qui se dissipaient très rapidement, dès qu'on interrompait le traitement. Chez la plupart des malades ainsi traités, il y a eu un abaissement considérable de température, deux ou trois degrés en 48 ou 72 heures. En même temps on constatait une amélioration des plus manifestes de l'état général. L'abattement était moins accusé, le sentiment de malaise beaucoup moins considérable ; le malade répondait mieux aux questions, il dormait mieux ; parfois l'appétit se réveillait, etc. . . Continué pendant la convalescence, l'emploi de l'acide salicylique a fait descendre la température axillaire à près de 35 degrés : dans ces expériences le médicament était administré

sous forme pulvérulente, dans du pain azyme, par paquets de 25 ou 30 centigrammes, de demi-heure en demi-heure. Après chaque prise, le malade buvait quelques gorgées de bouillon ou d'eau rougie. L'albuminurie, observée chez quelques malades, n'a pas paru provoquée par le médicament, mais par l'affection elle-même avec laquelle elle disparaissait, bien que l'on continuât pendant la convalescence l'usage de l'acide salicylique. M. Vulpian a préféré ce dernier corps au salicylate de soude, parce que l'absorption en est plus lente et par conséquent présente moins de danger.

M. Vulpian reconnaît d'ailleurs que le traitement qu'il vient d'essayer n'a pas paru abréger la durée de la maladie ni même diminuer le chiffre de la mortalité : mais le nombre de cas observés est insuffisant pour pouvoir se prononcer à cet égard. Ce qui est certain, c'est qu'aucune autre médication n'a produit aussi constamment un abaissement considérable de température et un amendement notable de l'état général. Pour bien s'assurer de la réalité de ces effets, M. Vulpian prenait parmi les malades, traités par les moyens la ordinaires, un sujet parvenu au quinzième jour de la maladie, présentant de l'abattement, un malaise profond, de l'insomnie avec une température de 40°; il lui donnait le soir l'acide salicylique : la température, dès le lendemain, était descendue à 37°8; le surlendemain à 36°4 et l'état général s'amendait dans les mêmes proportions.

Il semble donc résulter de ces expériences, que, prescrit à doses suffisantes, l'acide salicylique peut être considéré, sinon comme un agent véritablement curatif, du moins comme un médicament exerçant une action modératrice assez puissante sur la fièvre typhoïde, et, à ce titre, parait devoir prendre une place importante dans le traitement habituel de cette maladie. Faut-il espérer que ce même agent pourrait être utilement employé comme prophylactique, dans certaines conditions d'épidémicité de la fièvre typhoïde ? C'est une question que M. Vulpian pose sans la résoudre : il faudrait, en effet, pour se prononcer, être d'abord absolument certain que le contage de la fièvre typhoïde s'introduit toujours dans l'économie par les voies digestives. — Ce serait alors le triomphe des fabricants de denrées salicylées : vin salicylé, viandes salicylées, conserves salicylées, etc., etc. . . . , qui, tous, depuis longtemps déjà et bien avant M. Vulpian, cherchent, en nous *salicylant* à tort et à travers, à nous prémunir, malgré nous, contre la fièvre typhoïde : pourvu que nos reins suffisent à filtrer tout cet acide salicylique !

Dr J. Geoffroy.

MÉDECINE PRATIQUE

LE RHUMATISME CÉRÉBRAL ET SON TRAITEMENT.

I

On voit parfois, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, éclater des accidents cérébraux dont l'invasion est si brusque et la terminaison fatale si rapide, que la thérapeutique peut à peine intervenir.

Dans d'autres cas, les manifestations cérébrales, pour n'être pas mortelles, n'en sont pas moins redoutables ; car, si elles affectent alors une marche traînante, c'est la forme vésanique qu'elles revêtent le plus souvent, et on conçoit sans peine l'effroi des familles et l'inquiétude des médecins en face de ces troubles de l'intelligence dont la prolongation ne serait guère pour le malade plus enviable que la mort même.

L'ensemble des accidents cérébraux intercurrents dans le rhumatisme, est communément désigné en France sous le nom de rhumatisme cérébral ; et, sans vouloir faire ici le moindre historique, il est convenable de rappeler que, si ces désordres graves avaient été signalés par les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci, c'est assurément par Hervez de Chégoin (1845) que la question fut posée pour la première fois avec netteté.

Trousseau n'a pas eu tort, sans doute, de dire que les accidents cérébraux ne font pas partie du plan morbide du rhumatisme articulaire aigu, et d'affirmer, dans le style imagé qui lui était propre, que celui-ci n'éveille pas volontiers les sympathies cérébrales. Toutefois il n'est pas inutile de faire remarquer que cette observation, juste d'une façon générale, et à la condition d'examiner une statistique considérable de cas de rhumatisme pris dans toutes les classes de la société, l'est beaucoup moins si on envisage cette affection chez certaines catégories de malades communs dans les villes, et même à un point de vue dans les campagnes. Ce n'est donc pas un épisode négligeable de la pratique que le diagnostic et le traitement du rhumatisme cérébral.

II

Je m'explique. — On raconte qu'un professeur de la Faculté avait coutume de demander aux

élèves qu'il examinait, dans quel hôpital de Paris on observe surtout le rhumatisme cérébral; posant cette question, il avait en vue la maison municipale de santé (hospice Dubois), où se font soigner, en cas de maladie, beaucoup d'hommes de lettres, d'artistes, de professeurs, tous gens de travail cérébral et non manuel.

Il est, en effet, certain que beaucoup de cas de rhumatisme cérébral concernent des malades ayant contracté leur rhumatisme articulaire dans un état d'épuisement nerveux, ou dans la période d'excitation exagérée qui précède l'épuisement. « Les travaux intellectuels prolongés, qui exigent une grande tension d'esprit (préparation de concours, travaux de mathématiques, opérations de finances), les grandes émotions persistantes (chagrins profonds, préoccupations politiques, revers de fortune), lorsque, surtout, à ces causes viennent se joindre la privation de sommeil et l'usage des boissons stimulantes souvent prises à l'exclusion d'une alimentation régulière (Homolle); » sont autant de causes de surmenage du cerveau, qui placent, pour ainsi dire, les rhumatisants en état d'opportunité cérébrale. C'est toujours l'antique adage du *locus minoris resistentiœ*, et il n'y a pas lieu de s'étonner que, dans le cours d'une affection à déterminations fluxionnaires aussi intenses, subites et mobiles, que le rhumatisme, la fluxion s'opère avec prédilection vers un organe déjà hyperémié par un fonctionnement excessif. Voilà donc toute une catégorie de citadins, et non des moins intéressants, prédisposés à l'encéphalopathie rhumatismale.

Mais il est une autre classe de malades, qui, pour n'avoir pas particulièrement fatigué leur cerveau par des travaux intellectuels compliqués, n'en ont pas moins, par leur genre de vie, porté une grave atteinte à l'intégrité de leur substance grise; je parle de la famille des alcooliques, qui se nomme légion, qui n'a guère moins de représentants dans les campagnes que dans les villes, famille aussi intéressante au point de vue pathologique que peu édifiante au point de vue moral. Grands buveurs de vin, d'alcool, ou d'absinthe, s'ils sont en même temps rhumatisants, deviennent candidats au rhumatisme cérébral.

Candidats aussi sont les gens que M. Lasègue a si bien dénommés des cérébraux, qui ont, comme on dit encore, le tempérament cérébral, un *tempérament de fous* (Mandsley), c'est-à-dire chez lesquels la débilité permanente du cerveau est la conséquence d'une tare héréditaire, enfants d'aliénés, d'hystériques, d'épileptiques, d'alcooliques.

S'il arrive enfin, le cas n'est pas extrêmement rare, qu'un de ces cérébraux embrasse une careière à surmenage intellectuel, et qu'il s'alcoolise en outre plus ou moins, déjà candidat par l'hérédité, il continue à être, par sa profession et par son hygiène, un candidat tout spécialement recommandé au rhumatisme cérébral; cela devient, qu'on me passe le mot, de la candidature officielle, rt si un pareil échantillon des fatalités étiologiques vient à contracter un rhumatisme articulaire aigu, son médecin fera bien de le soigner avec une sollicitude toute particulière, et de guetter l'explosion des manifestations cérébrales.

Il faut encore noter une nuance utile au point de vue du pronostic: Les malades surmenés cérébralement par leur profession et les alcooliques présenteront plutôt cette forme de manifestation cérébrale aiguë, violente, épisode terrible, souvent aussi court que subit, qu'on a dénommé le *rhumatisme ataxique*. Les cérébraux héréditaires paraissent voués de préférence aux troubles intellectuels prolongés, au délire maniaque ou à la mélancolie.

Connaissant désormais le terrain sur lequel prend naissance l'ennemi que nous voulons combattre, étudions sa manière d'opérer. Voyons s'il n'est pas quelques indices pouvant faire pressentir ses attaques et permettant parfois de les parer.

III

L'invasion des accidents cérébraux se fait, dans quelques cas, avec une soudaineté et une violence foudroyantes. Rappelez-vous ce malade de Trousseau, qui, au dix-septième jour d'un rhumatisme aigu, « se plaint tout à coup de ne plus voir clair, vocifère, crie au voleur, s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt. Toute cette scène avait duré un quart d'heure à peine. »

Il n'en est heureusement pas toujours ainsi, il est même souvent possible de recueillir quelques jours ou quelques heures à l'avance des indices et des prodromes. Un rhumatisme d'une intensité excessive, dans lequel existe un pouls très accéléré et une température très élevée sans rémission matinale, avec des sueurs profuses et une miliaire abondante, est considéré, en général, malgré Trousseau qui n'attachait pas d'importance aux sueurs, comme un cas à encéphalopathie, surtout les complications viscérales, cardiaques et autres se succèdent d'une manière désordonnée. En outre, si, dans ces conditions, les douleurs et la fluxion articulaires paraissant diminuer d'intensité, si la température reste élevée ou même continue à monter, il devient urgent de porter toute son attention vers les phénomènes cérébraux et psychiques.

On pourra saisir dès lors un *délire nocturne transitoire* peu accentué, et cessant au réveil; ou bien le malade accusera une *céphalalgie persistante*, inusitée dans le rhumatisme normal, et *l'insomnie* sera absolue. Ne dormant pas, le malade se sentira inquiet, et préoccupé beaucoup plus de la gravité de son état qu'il ne l'était jusqu'alors, il concevra de *sinistres pressentiments* et en fera part à son entourage. D'autres fois, des *troubles subits de la vision*, bluettes, mouches volantes, ou même hallucinations, apparaîtront, soit le jour, soit la nuit.

Enfin un symptôme auquel tous les praticiens attachent une importance très grande, quand il existe, mais qui n'est pas constant, c'est *l'analgésie articulaire*, si remarquable parfois par la rapidité avec laquelle elle apparaît et le degré qu'elle acquiert. Ainsi voilà un malheureux patient dont plusieurs jointures étaient peu aupa-

ravant le siége de douleurs excruciantes; non seulement il ne pouvait exécuter le moindre mouvement volontaire, mais il jetait les hauts cris, dès qu'on essayait de toucher, même le plus légèrement du monde, l'articulation pour l'envelopper de ouate ou l'oindre d'un baume calmant, dès qu'on communiquait à son lit, même la moindre secousse; les signes physiques d'inflammation n'ont pas visiblement diminué, les téguments périarticulaires sont toujours tuméfiés, érythémateux et brûlants, et pourtant le malade n'accuse plus aucune douleur; on peut, sans le faire crier, déplacer le membre souffrant; bien plus le patient s'agite dans son lit, le voilà qui se lève et cherche à en sortir.

La variété très grande des formes cliniques, que revêt le rhumatisme cérébral une fois constitué, nepermet guère d'en tracer une description symptomatique générale, et les observateurs ont successivement proposé les classifications les plus diverses. Nous en dirons quelques mots, mais il faut d'abord énumérer les traits principaux et accessoires dont le groupement variable constitue justement les formes et les variétés.

Il se peut qu'il existe de la *céphalalgie* ou de la céphalée, des *vomissements* et de la *constipation*, de *l'hypéresthésie cutanée* comme dans la méningite; mais ce sont les troubles nerveux et circulatoires qui forment le fond stable et constant du tableau clinique.

Le DÉLIRE, le COMA, d'emblée ou succédant aux CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES ou alternant avec elles, d'une part; — la *fréquence extrême du pouls*, et l'HYPERTHERMIE (40°, 41°, 41° 5), d'autre part: voilà les grands caractères de l'encéphalopathie rhumatismale.

Quant aux variétés qui résultent de leur arrangement réciproque, de leurs nuances et de leur durée, elles sont si nombreuses que Ball a pu écrire: « La seule classification irréprochable serait celle qui admettrait une forme spéciale pour chaque malade. » La difficulté se complique encore de l'embarras causé par l'extrême variabilité des lésions trouvées dans les autopsies, lésions tantôt simplement congestives, tantôt véritablement phlegmasiques, mais jamais constantes ni univoques, sur lesquelles d'ailleurs, nous resterons muets vu leur peu d'intérêt pratique. Ainsi Trousseau admettait six formes dont l'énumération est à elle seule descriptive : apoplectique, délirante, méningitique, hydrocéphalique, convulsive, choréique. — Ball a cru pouvoir les réduire à trois types : l'apoplexie rhumatismale, la méningite rhumatismale, la folie rhumatismale. — Besnier nous paraît avoir plus simplement encore reconnu trois formes, d'après la marche et la durée: le rhumatisme cérébrale *suraigu* tuant en quelques heures (forme apoplectique foudroyante des auteurs; — le rhumatisme cérébral *aigu*, le plus commun, pouvant durer de quarante-huit heures à douze jours, au milieu des péripéties les plus diverses et avec les alternatives les plus émouvantes d'ataxie et d'adynamie, l'hyperthermie étant toujours la note dominante et les troubles intellectuels suivant parallèlement celle-ci; — enfin le rhumatisme *subaigu ou chronique*, avec prédominance, suivant les cas, de manifestations mélancoliques ou maniaques.

IV.

Le DIAGNOSTIC des accidents cérébraux dans le rhumatisme n'offre guère en général de difficulté, et le seul point important consiste à les pressentir et à les prévoir plutôt qu'à les diagnostiquer. Aucun symptôme ne permet malheureusement de distinguer les cas de *méningite vraie* d'avec les troubles nerveux qui, dépendant de lésions moins profondes, congestives seulement et non inflammatoires, sont susceptibles par conséquent de résolution sous l'influence d'une thérapeutique hardie. Nous aurons d'ailleurs à revenir tout à l'heure sur ce point.

Le *délirium tremens*, survenant dans le cours du rhumatisme, pourrait peut-être se reconnaître à la prédominance du délire d'action, à la vivacité et à la persistance des hallucinations de la vue, au tremblement des membres et des lèvres, à la moindre élévation thermique; dans ce cas, la thérapeutique pourrait être un peu modifiée, consister en alcool à doses modérées et en opium à hautes doses. — Les phénomènes cérébraux des *maladies infectieuses*, des *septicémies* chirurgicale et puerpérale, de l'*endocardite ulcéreuse*, de la *périostite phlegmoneuse*, etc.; ont plutôt l'aspect typhoïde et s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui permettent facilement de les rapporter à leur véritable cause, lors même que ces affections s'accompagneraient d'arthropathies pseudo-rhumatismales.

Quant au PRONOSTIC, il est assurément des plus graves, particulièrement de vingt à quarante ans. Constamment mortel dans la forme suraiguë, il reste encore peu curable dans les formes aiguës, et la forme traînante subaiguë est celle qui doit laisser le plus d'espoir.

Il faut faire une exception pour le rhumatisme cérébral *chez l'enfant*; il est d'ailleurs rare chez lui, et s'y présente dans des conditions spéciales. Roger (1) dit qu'il lui a toujours paru lié intimement à la chorée et qu'il ne l'a jamais vu sans elle. On sait d'ailleurs que la tendance actuelle des médecins d'enfants est de considérer la chorée, dans la très grande majorité des cas, comme une manifestation spinale ou cérébro-spinale du rhumatisme (Cadet de Gassicourt). Roger n'a jamais rencontré chez l'enfant les formes méningitiques, apoplectiques décrites par les auteurs chez les adultes. Ce qui se voit le plus communément, dit-il, c'est un demi-coma avec mutisme plus souvent qu'avec paroles délirantes, coma qui vient graduellement, dont l'intensité est variable, et qui dure au minimun quelques jours, pour se terminer le plus souvent par la guérison, tandis que, aux autres âges, la mort en est la fin la plus ordinaire. Pourtant Cadet de Gassicourt a eu à déplorer la mort d'un enfant qui a succombé à un rhumatisme

(1) Archives générales de médecine (1867).

cérébral sans chorée, et dont les symptômes ont été identiques à ceux que l'on rencontre chez l'adulte.

V

Le TRAITEMENT du rhumatisme cérébral a été depuis quelques années l'objet de recherches pleines d'intérêt, auxquelles sont attachés les noms de Blachez, Féréol, Woillez et particulièrement du regretté M. Raynaud, qui, depuis 1874, époque de sa première communication à l'Académie, saisit à plusieurs reprises cette savante compagnie de la question des bains froids, et révéla, dans l'exposé de cette méthode, les plus remarquables qualités oratoires.

Avant de résumer les discussions passionnées qui signalèrent ce tournoi académique, il n'est pas inutile de rappeler que plusieurs médications usitées dans le rhumatisme articulaire aigu ont été successivement accusées d'avoir favorisé la production de l'encéphalopathie rhumatismale. Le sulfate de quinine notamment, dans l'emploi duquel de véritables excès avaient été commis, fut violemment attaqué par Valleix et Vigla, et depuis lors, le salicylate de soude a prêté le flanc à de semblables accusations. G. de Mussy a dit : « Dans une maladie à mode congestif aussi mobile, qui peut se localiser dans l'encéphale et y produire des désordres irréparables, j'ai peur des médicaments qui incitent le cerveau d'une manière anormale et qui occasionnent dans les fonctions de cet organe des perturbations graves. » Mais comment ne pas innocenter les médicaments, lorsqu'on lit que Aran a pu soumettre une série de deux cents cas de rhumatisme articulaire aigu, aux médicaments les plus variés (et l'on peut ajouter, quand on a vu à l'œuvre ce thérapeutiste fécond et hardi, les plus perturbatrices) sans voir se développer un seul cas de rhumatisme cérébral ? (J. Besnier).

Mais, s'il est juste de reconnaître qu'aucune médication ne peut être accusée d'avoir provoqué l'encéphalopathie rhumatismale, il est aussi honnête d'avouer que tous les moyens thérapeutiques indiqués par les auteurs contre cet accident redoutable sont habituellement impuissants à l'enrayer ; application de vésicatoires sur les membres, à la nuque, sur la tête, saignée, bromure de potassium, révulsifs intestinaux, n'ont pas donné de résultats appréciables ; l'opium et le chloral, si utiles contre le délire des alcooliques, n'ont pas ici le même pouvoir. Aussi comprend-on l'intérêt avec lequel fut accueillie, en 1874, la première communication de Raynaud sur la méthode réfrigérante (1).

La pensée d'appliquer la méthode de Brand au rhumatisme cérébral lui avait été suggérée par la lecture d'un fort intéressant mémoire de M. Huchard (2), relatif aux tentatives faites en Angleterre par Wilson Fox. Mis en présence d'un cas de rhumatisme cérébral avec température excessive (40°, 5), il fit mettre son malade dans un bain à 16°, et, au bout d'une demi-heure, la température était tombée à 37°; 8. Le coma avait cessé et le malade sembla reprendre connaissance. Le soir, la température remontant, un second bain la remit à 37°. Après huit bains donnés en quatre jours, le malade entrait en convalescence. — Bientôt Blachez, puis Féréol, apportaient à l'Académie d'autres guérisons aussi remarquables, et, dès lors, la discussion s'engagea.

Quelque opposition se manifesta ; certains médecins firent valoir que la guérison avait pu, dans les cas cités, s'opérer d'elle-même, d'autres maintinrent la prééminence du chloral à hautes doses (Bouchut). Mais la majorité se montra favorable à l'emploi de la méthode des bains froids dans des cas déterminés. La véritable indication, dit Woillez, qui s'en déclara partisan, existe d'une manière indubitable, lorsque le délire coïncide avec une hyperthermie de 40° et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations. Woillez a employé le bain à 20° toutes les trois heures jusqu'à la disparition du délire. Il faisait cesser l'immersion, dès que le malade éprouvait des frissons ; la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée, puis elle se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et le succès de la médication était révélé, non seulement par la cessation de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestations articulaires (1).

En Angleterre, les médecins préfèrent commencer par des bains tièdes dont ils abaissent progressivement la température jusqu'à 20° et même 18° ; mais, lorsque le danger est imminent, Raynaud pense qu'il vaut mieux, pour agir vite, donner le bain à 16°. On peut dire avec vérité que des malades ont été littéralement rappelés, par ce moyen, du bord de la tombe. Si le malade était arrivé à la période de coma, réduit à une masse inerte, semblable à un cadavre qu'on aurait plongé dans l'eau, la pemière manifestation que l'on observe dans le bain froid, c'est le retour des convulsions qui peuvent durer un certain temps, après lequel il ne reste plus que le délire. Le malade remonte peu à peu, pour ainsi dire, l'échelle des symptômes qu'il avait rapidement descendue. Mais il faut savoir lutter contre l'impatience des familles, qui trouvent toujours que l'amélioration ne marche pas assez vite à leur gré, impatience qui gagne aussi le médecin, et lui fait abandonner trop tôt le moyen de salut. Lorsqu'il ne reste plus que du délire, il faut savoir attendre et continuer l'emploi du bain froid, jusqu'à ce que celui-ci ait disparu à son tour. Si à ce moment, bien que la température ne soit pas descendue absolument à 37°, on voit s'établir d'une manière continue un sommeil calme et réparateur, Raynaud estime qu'on est dès lors autorisé à cesser l'emploi de la méthode réfrigérante. Paul GERNE.

(1) Journal de Thérapeutique, 1874, p. 846.

(2) Union Médicale, avril 1874.

(1) Académie de Médecine. 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Eternellement rebattue, cette question des rapports de la médecine et de la pharmacie est toujours une actualité : chacun l'envisage selon la tournure de son esprit ou selon ses intérêts, affirme, contredit, dispute:...., et le problème reste entier comme précédemment.

On connaît notre manière de voir. Nous avons déclaré que nous trouvions absurde la séparation des deux professions auxquelles, en raison de leur intime connexité, les mêmes études et les mêmes examens devraient conduire, que le même diplôme devrait autoriser ; et, quoique un pharmacien ait bien voulu dire que nous ignorions profondément la question, nous demeurons convaincu, comme par le passé, que l'unification du diplôme avec la liberté pour tous les diplômés reste l'unique moyen de mettre tout le monde d'accord.

On aura beau, en faisant de grands gestes et en prenant l'accent le plus convaincu, proclamer que celui qui prescrit le remède ne doit pas le fournir, nous continuerons à répondre qu'il est parfaitement inepte *que celui qui délivre un médicament n'en connaisse ni les propriétés ni les indications, et que celui qui, connaissant ces propriétés et ces indications, est seul moralement responsable, soit précisément celui auquel on défende de le délivrer.*

Mais la logique, en sa qualité de science exacte sans doute, n'est pas de ce monde, et bien du papier sera noirci avant qu'on ait démontré que la seule solution possible est celle qui seule, *à priori*, ne soit pas inacceptable.

Arrêtons-nous donc à battre les buissons et à discuter les phrases creuses.

1° *La responsabilité du pharmacien et la garantie du diplôme.* — Les pharmaciens se remuent depuis un certain temps, ils se réunissent, discutent leurs intérêts et présentent des projets de loi. — Ce n'est certes pas nous qui les blâmons puisque nous faisons exactement la même chose. — Or, dans ces projets, à côté de quelques dissentiments inévitables, nous trouvons une entente absolue sur ce point : nul ne peut ouvrir une officine et délivrer de médicaments s'il n'est pourvu du diplôme de pharmacien. Le pharmacien a le droit, sur la demande de son client, de lui délivrer tous médicaments.

La plupart des projets disent : *sous sa responsabilité*, quelques-uns même ajoutent : *et sous la garantie de son diplôme.*

Examinons donc ce que valent ces garanties offertes à la société.

On a prétendu et on peut prétendre — nous ne sommes pas de ceux-là — que la société n'a rien à voir dans la chose, que tout individu a le droit primordial de se soigner à sa guise, de s'adresser à qui bon lui semble et de se tuer au besoin.

C'est là une conception philosophique d'un domaine supérieur, et tellement abstraite, que nous sommes obligé, pour la combattre, de nous élever, nous aussi, à une hauteur transcendante. — Il n'y a pas de droits primordiaux, et tout, dans les sociétés humaines, est affaire de convention. L'individu qui s'associe doit tout d'abord accepter la fiction qui assure à la collectivité des associés des droits spéciaux, droits qui pourront, à un moment donné, se tourner contre lui et entraver sa propre liberté. Sans doute, grâce à l'instruction, à la moralisation croissante de la masse, il pourra voir ces droits peser moins lourdement sur lui et le tenir dans une tutelle moins étroite; jamais pourtant il ne pourra s'en affranchir entièrement, et force lui sera toujours d'obéir à des règles conventionnelles adoptées dans l'intérêt du plus grand nombre.

Mais que nos confrères se rassurent, nous nous empressons d'abandonner ces hauteurs et nous disons plus simplement : à tel mode de faire, la société trouve avantage ou inconvénient; si elle y trouve avantage, nous nous inclinons, si, au contraire, elle y voit des inconvénients, il n'y a pas de droit primordial qui tienne, nos contradicteurs doivent se soumettre à la règle imposée.

Or, l'expérience a été faite, et, après une période de liberté absolue, il a fallu en revenir à une réglementation qui, on l'avouera, n'est d'ailleurs pas contestée sérieusement. Tous admettent que pour préparer ou délivrer des substances, qui peuvent n'être pas inoffensives, il faut offrir à la société une certaine somme de garanties, et, moins que personne, les pharmaciens repoussent cette thèse, puisqu'ils demandent que nul ne puisse ouvrir une officine et exercer la profession de pharmacien, s'il n'est pouvu d'un diplôme spécial.

Donc, sur cette première question point de dissentiment. On doit prouver qu'on possède les connaissances nécessaires à la profession qu'on va embrasser, puisque l'absence du minimum légal de ces connaissances peut entraîner pour la société des inconvénients qu'elle juge incompatibles avec sa sécurité.

Un tel raisonnement, admis sans conteste pour la pharmacie, ne peut évidemment pas perdre sa justesse s'il s'agit de la médecine. Il faudra donc dire aussi que nul ne peut exercer la profession médicale s'il n'est pourvu d'un diplôme spécial, puisque les raisons invoquées par la société sont précisément les mêmes que dans le cas précédent.

Or, quel est le diplôme qui confère le droit de prescrire l'usage, d'autoriser la délivrance des médicaments? — Le diplôme de médecin, puisqu'il témoigne que celui qui en est muni possède les connaissances voulues sur l'action de ces médicaments, et leur application à tel ou tel cas pa-

thologique. La garantie du diplôme médical est donc réelle dans ce cas.

Il n'en saurait être de même de la garantie du diplôme pharmaceutique. En effet, ce dernier atteste que celui, à qui il a été conféré, possède les connaissances nécessaires pour préparer convenablement les substances médicamenteuses et les délivrer sans erreur de qualité ou de quantité, mais n'atteste absolument rien quant aux connaissances de l'action et de l'indication de ces mêmes médicaments.

Les pharmaciens commettent donc dans leur seconde revendication une double erreur : 1° ils attribuent au diplôme pharmaceutique une valeur qu'il n'a jamais eue et ne saurait avoir; 2° ils pensent pouvoir revendiquer une responsabilité personnelle qu'ils déclarent ne pouvoir être réclamée par d'autres dans un cas semblable. — S'ils peuvent, en effet, accomplir des actes qui sont du domaine médical sans être pourvus du diplôme médical, pourquoi refusent-ils le droit d'exercer la pharmacie aux personnes non pourvues du diplôme de pharmacien?

Est-ce bien erreur que nous devrions dire? Les pharmaciens savent aussi bien que nous à quoi s'en tenir sur ce sujet, mais leur intérêt se trouve en jeu, et peut-être méconnaissent-ils trop volontiers les règles d'une logique qui doit leur faire refuser une prétention injustifiable. Qu'ils réclament des connaissances médicales qu'ils ne possèdent pas et qui, selon nous, leur seraient indispensables, — nous nous joindrons à eux ; mais que, ne sachant rien en médecine, ils prétendent avoir le droit de faire de la médecine — c'est ce que nous ne pouvons admettre.

Qu'ils cessent donc d'invoquer leur responsabilité, la garantie de leur diplôme, arguments qu'ils savent n'avoir aucune valeur! Qu'ils abordent la question par son côté pratique et qu'avant tout ils renoncent à vouloir envisager, seuls et à leur seul point de vue personnel, un problème qui touche de non moins près le corps médical ! — Alors, mais seulement alors, tous, médecins et pharmaciens, nous pourrons nous entendre ; et, qu'ils le croient, ce ne sera pas trop d'une entente commune pour arrêter sur nous, quelques instants, l'attention du législateur et faire aboutir une réforme qui, chaque jour, devient plus urgente.

Parlant seuls et pour les seuls Pharmaciens, les organes de la presse pharmaceutique peuvent refuser d'entendre les objections et se payer de mots ; discutant sérieusement avec des médecins, en vue d'une entente commune, les pharmaciens justifieraient difficilement cette thèse à laquelle nous revenons toujours : *que celui qui délivre un médicament n'a besoin d'en connaître ni les propriétés ni les indications, et que celui qui, connaissant ces propriétés et ces indications, est seul responsable moralement, est précisément celui auquel on refuse le droit de le délivrer.*

Peut-être alors trouverait-on que l'unification des études et du diplôme n'est pas un moyen de résoudre le problème si mauvais qu'on voulait bien le dire, et *ceux qui connaissent la question* verraient-ils que *la responsabilité personnelle avec ou sans la garantie du diplôme* est un de ces arguments dont on peut dire : *sunt verba et voces prœteraque nihil.*

Dr A. Gassot (*de Chevilly*).

II

LA LOI ROUSSEL ET LE CERTIFICAT DES NOURRICES.

Mon cher Directeur,

Je viens de lire l'expression du regret qu'exprimait, dans le numéro du *Concours* du 5 août, notre honorable confrère, le Docteur Sève, de Limours. « Je regrette donc pour ma part, dit le Docteur Sève, que le Dr Bibard admette la gratuité du certificat médical, alors que le *Concours* cherche à fixer, en tout et pour tout, une juste rétribution aux services qui nous sont demandés. »

Il est vrai qu'entraîné par des occupations multiples, j'ai très brièvement répondu à la question posée dans la lettre du Dr Lamotte. Mais, si brièvement que je l'aie fait, je ne m'imaginais pas que l'expression eût à ce point trahi ma pensée. Car, dans les nombreuses relations que j'ai eues jusqu'ici, soit avec quelques législateurs, soit avec des dépositaires de l'autorité, j'ai toujours très hautement déclaré que le médecin n'est pas créé et mis au monde dans le but de payer les dettes de la société, et que, de la même façon qu'il paie l'impôt, comme tous les citoyens, sans immunités d'aucune sorte, il a le droit d'être rémunéré pour tous les services qui lui sont réclamés.

Ai-je donc admis la gratuité du certificat médical? J'ai relu avec attention la lettre du Dr Lamotte, la réponse très claire que j'y ai faite et les réflexions suggérées à mon confrère de Seine-et-Oise ; et, de cette nouvelle lecture, il résulte que les certificats délivrés aux nourrices doivent être, non pas gratuits, mais payés par la préfecture du département, au même titre que toutes les visites faites dans le but d'obéir aux prescriptions de la loi de 1874.

J'ajoute qu'outre cette interprétation (qui ne contredit en rien l'affirmation de l'honorable Dr Sellier, inspecteur des enfant-assistés) me paraît absolument légitime, elle a, pour nous autres médecins, l'immense avantage de nous mettre en présence d'un débiteur très solvable, point tracassier quand on lui a démontré qu'on a le droit pour soi, et quand une fois la tradition s'est établie. En serait-il de même avec les nourrices, qui appartiennent généralement à la classe besoigneuse, et avec lesquelles, il est, j'en suis convaincu et vous aussi, mon cher contradicteur, mille fois préférable pour nous de n'avoir à débattre aucun intérêt pécuniaire.

Et puis, enfin, il faut bien envisager la question sous différentes faces. Nous trouvons tous que la

loi Roussel est excellente, nous désirons qu'elle ne tombe pas en désuétude. Pour cela, il est nécessaire que nous, médecins, la cheville ouvrière et la cheville intelligente de l'œuvre, nous n'apportions pas une pierre dans un chemin déja passablement hérissé d'aspérités. Le certificat médical est déjà très difficile à obtenir, alors qu'il est délivré gratuitement *à la nourrice*, mais non pas gratuitement *par le médecin*, je le répète. Que sera-ce donc si une rémunération doit être exigée de cette nourrice? J'ai une circonscription, pas meilleure sans doute, mais pas plus mauvaise que d'autres, les nourrices y sont relativement aisées, eh bien! je suis convaincu que j'aurais à poursuivre les trois quarts de ces nourrices, si je voulait exiger le paiement du certificat, attendu qu'aucun article spécial de la loi n'établit cette dette.

Donc, je reviens à ma première conclusion. Toutes nos visites doivent, d'après la circulaire de M. le ministre de l'intérieur, circulaire que j'ai fait insérer *in extenso* dans le *Concours*, nous être payées à un taux fixé d'un commun accord entre nous et l'administration.

Tâchons donc que ce taux soit honorable et rémunérateur. Pour cela il n'est qu'un moyen: serrons nos rangs et soyons nombreux. Sortons de notre apathie qui fait que nous ne donnons signe de vie qne lorsque nous sommes personnellement blessés. J'avais indiqué déjà que je consentais à recevoir tous les documents qui pourraient m'être adressés sur le taux uniforme à fixer pour toute la France. J'avais pour ma part indiqué le chiffre de trois francs.

Eh bien! j'ai reçu *quatre lettres* émanant de confrères en réponse à mon appel. Je suis heureux de profiter de cette occasion pour remercier mes honorables correspondants. Mais comme le nombre quatre ne peut être le synonyme de légion, j'ai dû remettre à des temps meilleurs la réalisation du projet que j'avais espéré mener à bien.

Veuillez agréer, etc.

Dr Bibard (*de Pontoise*)

COURRIER

I

ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES ET MONSTRUOSITÉS.

Monsieur le Directeur,

Depuis plusieurs jours je me propose de vous écrire au sujet de deux accouchements gémellaires qui, l'un et l'autre, ont amené la naissance d'un enfant normalement conformé et d'un enfant anormalement constitué. L'un de ces monstres, aujourd'hui âgé de trois semaines, et que l'on pourrait ranger dans la classe des Autosites, famille des Ectromélicns, genre Hémimélie, est caractérisé par le manque de pieds et de mains. Outre cette absence complète de segments inférieurs des membres, on trouve aussi dans la bouche un vice de conformation qui empêche l'enfant de têter; la langue est entièrement adhérente au plancher buccal, et la voûte palatine est très défectueuse. Le deuxième monstre, qu'il m'a été donné de voir ces jours-ci, n'a vécu que quelques minutes.

Il est compris dans la famille des Exencéphaliens, genre proencéphale.

La boîte crânienne est loin d'avoir les dimensions normales; l'encéphale est, en très grande partie, hors de cette boîte, et il siége à la région frontale.

Tels sont, M. le Directeur, les deux cas intéressants que je voulais vous communiquer.

Veuillez agréer, etc.

Dr Joly.

II

UN CAS D'HYMEN IMPERFORÉ.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro 25 du *Concours*, sous la rubrique *Revue de la Presse française* et *des Sociétés savantes*, vous publiez un cas *d'hymen imperforé*: j'ai eu l'occasion de voir, ces derniers temps, un cas analogue; voici le fait :

Un père de famille de la campagne vînt me prier de visiter sa fille âgée de 16 ans, non encore réglée, chez qui existait, à la vulve, depuis un mois environ, une tumeur qui augmentait journellement de volume. Une sage-femme consultée avait diagnostiqué (?!) une chute de la matrice et proposé l'application d'un pessaire (!!) La jeune fille ayant, dans la nuit, beaucoup souffert de violentes coliques et de douleurs dans le bas-ventre, cet homme me priait de visiter son enfant.

Je me rendis à son invitation et me trouvai en présence d'une jeune fille parfaitement formée et présentant à la vulve une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de poule; le vagin était complètement fermé par une membrane assez mince, très vasculaire, surtout vers sa partie médiane, la plus saillante, et qui n'était autre chose que l'hymen, formant la face antérieure de la tumeur.

Le toucher rectal faisait percevoir une grosse tumeur élastique, assez irrégulièrement arrondie, remplissant la cavité pelvienne.

Quoique la membrane me parût très amincie, surtout à sa partie médiane, et sur le point de se rompre, je fis avec une lancette, n'ayant pas de trocart sur moi, une ouverture d'un centimètre environ de longueur, dans le sens vertical; il s'échappa aussitôt un jet de sang noirâtre et mélangé de caillots; la poche, que le toucher rectal avait fait constater, se vida entièrement, et pendant deux jours le sang des règles s'écoula par l'ouverture pratiquée. La ponction de l'hymen n'amena aucune réaction, aucune complication: le mois suivant, les règles apparurent et s'écoulèrent normalement. Ainsi s'est confirmé le *brillant* diagnostic de la sage-femme: chute de la matrice chez une vierge (!!) et j'ai pu, sans l'application

d'un pessaire *chez une vierge imperforée,* établir l'écoulement normal des règles.

Veuillez agréer, etc.

Dr Rolland,
Médecin de la Manufacture de Tonneins
(*Lot-et-Garonne*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DE L'ARRONDISSEMENT DE THONON:

Extrait du registre des délibérations.

Les médecins de l'arrondissement de Thonon, convoqués par lettres du 28 juin dernier, se sont réunis, le 10 juillet 1882.

Sont présents: MM Pinget, Dr médecin à Villars-sur-Boëge; — Albert, Dr médecin à Thonon; — Genoud, Dr médecin à Thonon; — Dénarié, Dr médecin à Thonon; — Vauttier, Dr médecin à Thonon; — Germain, Dr médecin à Douvaine; — Girod, Dr médecin à Bons; — Flottard, Dr médecin à Evian-les-Bains; — Dumur, Dr médecin à Evian-les-Bains.

Sont représentés: MM. Taberlet, Dr médecin à Evian-les-Bains; — Garnier, Dr médecin à Montriond; — Dubouloz, Dr médecin à Thonon; — Genoud, Dr médecin à Douvaine; — Tavernier, Dr médecin à Thonon.

M. le Dr Pinget, doyen d'âge, occupe le fauteuil de la présidence. M. le Dr Dumur, le plus jeune, fait fonction de secrétaire.

La séance est ouverte à deux heures et quart, la parole est au Dr Genoud (de Thonon) pour l'exposé des motifs de la réunion.

Messieurs et honorés confrères,

Le 15 juin dernier, nous avons eu l'honneur de vous adresser une circulaire et une formule d'adhésion au projet de formation d'un syndicat médical dans notre arrondissement. Les réponses ne se sont pas fait attendre: Nous avons élaboré, avec les précieux documents du *Concours médical*, un projet de statuts et, le 28 juin, nous vous avons convoqués pour aujourd'hui.

Vous répondez nombreux à notre appel, votre empressement témoigne hautement que notre projet répond à un besoin commun, nous vous en remercions.

Nous sommes dix-huit médecins dans notre arrondissement: neuf sont ici présents, cinq sont régulièrement réprésentés par lettres de pouvoirs à leurs confrères présents: le Dr Dantaud que j'ai vu hier m'a chargé verbalement de le représenter dans le cas où il ne pourrait venir; le Dr Davet a manifesté à un de nos confrères qui vient de vous le dire, l'intention d'assister aujourd'hui à notre réunion: enfin, et je vous prierai de vous associer avec moi pour exprimer nos regrets à un des meilleurs membres de notre famille médicale, M. le Dr Folliet d'Evian qui, par une fatalité inexplicable et qu'il ne prendra certainement pas en mauvaise part, n'a pas reçu de lettres de convocation.

Nous voici donc l'unanimité moins un, réunis dans la même communion d'idées, et encore n'est-il pas bien sûr que M. le Dr Million d'Evian ne soit pas avec nous: car nous ignorons s'il n'est point absent de son domicile.

Quelques-uns d'entre vous connaissent déjà par le journal de l'Association le *Concours médical*, représentant actuellement l'opinion de plus de deux mille médecins français, le mouvement irrésistible qui pousse les circonscriptions restreintes de médecins à se constituer en syndicats: bon nombre cependant l'ignorent peut-être ou en apprécient vaguement les causes. Permettez-moi de vous donner lecture des documents publiés jusqu'à ce jour.

(Suit la lecture des articles publiés par le *Concours médical* sur les syndicats).

Comme vous venez de l'apprécier, Messieurs, l'Association générale est une armée puissante dont nous faisons, je crois, tous partie. Elle a ses chefs supérieurs, elle a ses officiers dans les sociétés locales: mais elle manque de cohésion dans son organisation de détail.

Animée des meilleures intentions, elle est impuissante à donner *tout* ce que l'on aurait tort de se croire en droit d'attendre d'elle, la faute en est à nous. Vingt-deux ans de pratique nous démontrent qu'il faut compléter son œuvre: organisons ses cadres, constituons-nous en syndicats. Le Sénat a voté hier les deux principaux articles de la loi sur les syndicats professionnels, cette loi est à la veille d'être promulguée, unissons-nous dans nos moindres sections, inspirons-nous de l'esprit de corps, de l'esprit de discipline, sans lesquels il n'y a ni combat ni victoire possibles.

Deux de nos confrères font des objections. M. le Dr Albert craint que dès l'instant que la société générale existe, les syndicats ne soient une superfétation. Il fait ses réserves: mais il se rangera à la majorité. Le Dr Martineau s'est chargé de répondre pour l'Association générale: elle ne peut ni ne doit s'occuper de la question des tarifs, question délicate que nous aurons déjà nous-mêmes à étudier avec beaucoup de prudence pour notre arrondissement.

Mais dans combien d'autres circonstances notre syndicat ne sera-t-il pas seul apte à résoudre bien d'autres questions de détail de la plus haute importance. Pour ne vous en citer qu'une, permettez-moi de vous informer qu'il existe un travail sur le service des vaccinations, projet qui aurait l'agrément de l'Administration, au moins pour notre arrondissement, mais qui a été arrêté net par une difficulté. Quand il s'est agi de répartir entre médecins les différentes communes à vacciner, on s'est trouvé de toute part exposé au danger de l'arbitraire. Qui donc peut résoudre cette question, si ce n'est notre chambre syndicale? Aussi vous prierai-je de mettre cette question à l'ordre du jour de notre première réunion générale.

M. le Dr Tavernier, après avoir donné son adhésion, refuse de faire partie de notre syndicat. Il ne veut pas, dit-il, aliéner sa liberté; nous n'avons pas, je crois, ni les uns ni les autres pareille intention, pas plus que nous ne l'avons eue en acceptant les statuts de l'Association générale. Il veut se réserver le droit de faire de la médecine à quel prix que ce soit. Il n'a cependant pas dit au rabais, respectons son opinion comme nous entendons qu'on respecte les nôtres, espérons cependant qu'il nous reviendra lorsqu'il aura mieux compris le but que nous poursuivons.

Enfin, M. le Dr Dubouloz qui n'a pu être aujourd'hui au milieu de nous et occuper la place qu'il mérite, me charge de vous exprimer un désir que nous partageons tous: c'est que nous soyons tous unis, sauf le Dr Tavernier pour lequel il regrette de faire exception.

Nous prions donc M. le Président de soumettre à la réunion la question de savoir s'il y a lieu de constituer un syndicat médical de l'arrondissement de Thonon.

En suite de délibération, la réunion est d'avis, à l'unanimité des membres présents, qu'il y a lieu de constituer immédiatement le syndicat médical de l'arrondissement de Thonon avec cette réserve qu'il sera fait mention, dans les statuts, de sa communauté d'intérêts avec l'Association générale. Elle décide qu'il y a lieu de passer à la discussion des statuts.

Les statuts discutés article par article, et dans leur ensemble, sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

La première réunion générale est fixée au samedi 11 novembre prochain, l'organisation du service des vaccinations dans l'arrondissement est portée à l'ordre du jour de cette réunion et le Dr Genoud (de Thonon) est chargé des soins de la convocation.

Suivent les *statuts*.

Fondation du Syndicat.

Article premier. — Entre les médecins de l'Arrondissement de Thonon soussignés et ceux qui, par suite, adhéreront aux présents statuts, il est formé une société civile sous la dénomination de syndicat médical de l'Arrondissement de Thonon.

Les membres du syndicat s'engagent à faire partie de l'Association générale des médecins de France avec laquelle ils restent en parfaite communauté d'idées et d'intérêts.

Art. 2. — Le siège du syndicat est à Thonon.

Art. 3. — Sa durée est illimitée.

But du syndicat.

Art. 4. — Le syndicat a pour but :

1o D'établir des rapports permanents entre les médecins de l'arrondissement, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement.

2o De rendre leurs relations aussi faciles que possible en fixant quelques règles de conduite librement acceptées par tous.

3o De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits.

4o D'améliorer la situation tant individuelle que collective par tous les moyens pratiques.

5o De réprimer toutes les usurpations sur les droits d'exercice que leur confère la loi.

6o De fournir des renseignements exacts pour l'établissement des jeunes confrères qui en feront la demande.

7o D'entrer en relation avec les autres syndicats formés dans le même but.

Composition du syndicat.

Art. 5. — Le syndicat se compose de tous les médecins de l'arrondissement de Thonon qui ont déjà adhéré ou adhéreront par la suite aux présents statuts en prenant l'engagement d'honneur de s'y conformer. Les adhésions sont constatées par les signatures des membres du syndicat apposées par rang d'ordre sur le registre de l'Association.

Art. 6. — L'adhésion pourra être donnée provisoirement par lettre adressée au Président. L'admission définitive devra être ratifiée per l'Assemblée générale à la majorité des membres présents.

Art. 7. — La candidature du postulant sera discutée hors de sa présence : les bulletins de vote ne devront comporter que la mention *oui* ou *non*.

Art. 8. — Devront seuls être exclus les médecins convaincus de faits qui entachent l'honneur ou qui compromettent la dignité professionnelle.

Art. 9. — L'admission prononcée, le nouvel adhérent sera invité à apposer sa signature sur le registre indiqué à l'art. 5.

Administration.

Art. 10. — Le syndicat est administré par une chambre syndicale composée ainsi qu'il suit :

1o Un Président.

2o Un Vice-président.

3o Un Secrétaire-trésorier.

4o Des syndics à raison de un par dix membres.

Art. 11. — Le Président, le vice-président et le secrétaire-trésorier sont nommés en Assemblée générale au scrutin secret et par bulletin uninominal à la majorité des membres présents. Les syndics sont nommés au scrutin de liste. Le Président représente la société en toute circonstance et spécialement vis-à-vis des pouvoirs publics.

Art. 12. — Les membres de la chambre sont nommés pour un an, ils sont rééligibles.

Chambre Syndicale.

Art. 13. — La chambre syndicale forme en quelque sorte un tribunal d'honneur auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués. Ses décisions sont obligatoires, sauf recours à l'Assemblée générale qui statue définitivement.

Art. 14. — La chambre étudie les questions professionnelles qui lui sont indiquées, elle soumet ses conclusions à l'Assemblée générale qui prend les décisions les plus avantageuses à l'Association.

Art. 15. — La chambre syndicale se réunit sur l'invitation du Président, toutes les fois qu'il est utile ou que des circonstances graves l'exigent.

Art. 16. — En cas d'inobservation des statuts on en cas de conflit, elle applique, par l'organe du Président le blâme simple, le rappel au règlement, l'admonition, sauf pour les cas très graves à provoquer une peine disciplinaire plus sévère infligée par l'Assemblée générale.

Des réunions.

Art. 17 — Il y aura chaque année une Assemblée générale tenue à Thouon. La date en sera fixée en Assemblée générale.

Art. 18. — Les invitations à l'assemblée générale seront faites au moins huit jours à l'avance par les soins du secrétaire-trésorier, au nom du Président.

Art. 19. — L'assistance à l'assemblée générale est obligatoire pour tous les membres syndiqués.

Art. 20. — Tout sociétaire qui ne peut, pour des motifs valables, assister à la réunion, s'excuse par lettre et donne à un confrère le pouvoir de le représenter.

Soixante ans d'âge constituent de droit une excuse valable. Celui qui, sans excuse valable ne se fait pas même représenter, doit à la caisse de l'association la somme de cinq francs.

Art. 21. — Des réunions extraordinaires pourront être, dans les cas très graves, provoquées par le Président sur l'avis de la chambre. Les lettres de convocation devront faire mentiou de l'objet de la réunion.

Art. 22. — Le Président est chargé de la direction des débats ainsi que du maintien de la dignité et de la courtoisie confraternelles dans les réunions générales. En cas d'absence ou d'empêchement, il est remplacé par le vice-Président ou par le plus âgé des syndics.

Art. 23. — Le secrétaire est chargé de rédiger le procès-verbal de chaque réunion. Ce procès-verbal inscrit sur le registre de l'association est visé par le Président.

Art. 24. — Au début de chaque séance, sur l'invitation du Président, le secrétaire donne lecture du résumé compte-rendu sommaire de la précédente réunion, et fait connaître l'ordre du jour.

Art. 25. — Le secrétaire-trésorier encaisse les fonds du syndicat, il en solde les dépenses. Chaque année, à la réunion générale, il rendra compte de sa gestion et de l'état de la caisse.

Art. 26. — L'assemblée générale a seule le droit de prendre toute décision intéressant le syndicat. Elle seule a le droit, sur l'avis motivé de la chambre, après avoir entendu les intéressés, d'appliquer la censure, l'amende ou la radiation et l'expulsion.

Art. 27. — Tous rapports médicaux avec les membres exclus sont formellement interdits.

Art. 28. — L'assemblée décide l'impression et la publication de tous documents qu'elle jugera nécessaire. Elle règle, chaque année, l'emploi des fonds disponibles. Elle vôte à la majorité des membres présents toutes modifications reconnues nécessaires aux statuts et règlements.

Art. 29. — Lorsqu'un nouveau médecin viendra s'établir dans l'arrondissement, le Président, aussitôt qu'il en sera prévenu, l'invitera, au nom du syndicat, à donner son adhésion en lui faisant connaître le but et les avantages de l'association.

Fonds Social.

Art. 30. — Le fonds social est constitué par :

1o Les dons volontaires.

2o Les cotisations annuelles de chaque membre.

3o Le produit des amendes prononcées par l'Assemblée générale en vertu de l'art. 20.

4o L'intérêt de l'excédant de caisse annuel.

Art. 31. — Le chiffre de la cotisation annuelle est fixé douze francs. Cette somme doit être versée à la caisse du secrétaire-trésorier à l'assemblée générale annnuelle. La cotisation est due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

Art. 32. — Les cotisations non payées à la réunion annuelle, sont recouvrées par la poste dans les trois mois suivants aux frais du sociétaire en retard.

Art. 33. — Les fonds versés dans la caisse de la société lui restent acquis en cas de retraite volontaire ou forcée de ses membres. Chaque adhérent, par conséquent, déclare faire l'abandon pur et simple de sa part de fonds social, et renonce tant pour lui que pour ses ayants droit, à produire jamais aucune réclamation à cet égard.

Dissolution.

Art. 34. — En cas de dissolution du syndicat, les sommes disponibles seront versées à la caisse des pensions et retraites de l'Association générale des médecins de France.

Ainsi fait et délibéré à Thonon, les jour et an que dessus pour être signé conformément aux art. 5 et 9 des présents statuts par les adhérents au syndicat.

NOUVELLES

Maisons mortuaires. — Il y a deux ans, environ, le Conseil municipal a approuvé le principe de la création, dans Paris, de maisons mortuaires.

Cette création est fondée sur les motifs suivants :

Beaucoup de familles d'ouvriers n'ont qu'une seule pièce comme habitation, et il arrive souvent que, dans cette chambre unique, habitent six ou huit personnes. Dans de telles conditions, en cas de décès par suite de maladie contagieuse, outre qu'il est pénible, pour les membres de la famille, de cohabiter à côté du décédé, il y a encore un danger réel, l'enlèvement du corps n'ayant lieu que cinquante heures après le décès.

Pour obvier à ces inconvénients, le Conseil municipal invita la préfecture de la Seine à étudier les voies et moyens de créer, à Paris, des chambres mortuaires destinées à recueillir les corps jusqu'au moment de l'inhumation, telles qu'il en existe déjà en Allemagne, en Belgique, en Angleterre et dans quelques autres contrées.

L'administration municipale vient de terminer les études commencées par le Conseil. Elle propose de construire trois maisons mortuaires, d'un modèle très-simple, à l'intérieur ou à proximité des trois grands cimetières du Nord, de l'Est, et du Sud. Les corps y seraient transportés, puis dirigés de là soit, sur le cimetière voisin, soit vers l'un des cimetières extra-muros.

D'après la répartition proposée, la maison mortuaire du Nord recevrait les corps des 1er, IIe, VIIIe, IXe, XVIIe, XVIIIe arrondissements; celle de l'Est, ceux des IIIe, IVe, XIe, XIIe, XIXe, XXe arrondissements, et le surplus serait dirigé sur la maison mortuaire du sud.

On estime le prix de construction d'une maison mortuaire à 80,000 francs. L'entretien annuel, frais de garde, éclairage. etc., reviendra à 287,000 francs par an. A cette somme, il faudrait ajouter la fourniture des cercueils doubles, parce que la bière en usage pour les inhumations des indigents ne présente pas des conditions de solidité suffisante pour le double de transport de la maison au dépôt, et du dépôt au cimetière.

Il y aura à compter de ce chef, sur une dépense annuelle de 27,000 francs.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Grains de santé du Dr FRANCK.

ALOÈS ET GOMME-GUTTE.

La **constipation**, le plus souvent, tient à une **atonie du gros intestin** qui peut reconnaître plusieurs causes et occuper soit la membrane muqueuse seulement, soit à la fois la membrane musculeuse et la muqueuse. Il n'est pas alors indifférent de donner telle ou telle substance purgative: on doit choisir un **médicament qui stimule la contractilité musculaire de l'intestin** et évacue les matières qui séjournent dans l'intestin. Cette double action est produite par les **grains de santé** composés, on le sait, d'aloès et de gomme-gutte.

La **dose** est, dans ce cas, de **deux ou trois par jour**, pris au début des repas.

Baume de Tolu Le Beuf.

Emulsion concentrée, non alcaline.

PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES. — **Le Baume de Tolu** appartient à la classe des **stimulants**; il **facilite, diminue, puis tarit les sécrétions** provoquées par l'inflammation aiguë ou chronique des bronches, et détruit, par conséquent les obstacles qui s'opposent à l'hématose.

Cette action sur la muqueuse pulmonaire s'explique facilement par l'action que produisent lesprincipes volatils sur la muqueuse bron chique, en s'éliminant, et par l'augmentation de la contractilité pulmonaire due à l'action stimulante des principes résineux qui activent la circulation, en dissipant la congestion sanguine, et en détruisant l'atonie morbide de la muqueuse.

Pharmacie Lebeuf, 14 et 16, rue Chégaray, Bayonne. Le flacon, 2 fr. 50.

Pilules de Blancard

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

L'iodure de fer, inscrit au codex, renferme quatre ou cinq molécules d'eau. Ce sel, d'un goût styptique, est fusible, volatil et déliquescent; au contact de l'air atmosphérique, il se décompose aisément en iode qui s'évapore, et oxyde le fer qui reste.

Ces propriétés, on le comprend facilement, rendent difficile la conservation des pilules à l'iodure de fer. Cependant la forme pilulaire convient essentiellement à ce médicament. Il fallait donc trouver un *modus faciendi* qui, sans altérer en rien le médicament, assurât cependant son inaltérabilité et sa parfaite conservation.

M. **Blancard** a résolu le problème de la façon la plus heureuse, ainsi que le montrera la suite de cette étude.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE.

Pendant longtemps, le **sirop de Digitale** fut préparé avec l'infusion aqueuse de feuilles de digitale : or, si dans cette infusion on rencontre une certaine proportion des principes actifs de la plante, on y trouve une substance nauséeuse dont l'action se rapproche de celle de l'ipécacuanha et qui présente surtout l'inconvénient d'augmenter l'intolérance gastrique.

Le **sirop de Digitale de Labélonye, préparé avec un extrait alcoolique,** n'a pas ces inconvénients.

TOILE VÉSICANTE D'ALBESPEYRES.

L'action vésicante des cantharides ne réside pas exclusivement dans la cantharidine, il faut aussi attribuer une certaine partie de cette action à l'huile volatile dont Orfila a signalé la présence dans les produits retirés de la cantharide.

Dans la **toile vésicante d'Albespeyres** ces produits vésicants sont soigneusem ent titrés, ce qui lui assure une constance et une **rapidité d'action** que ne sauraient avoir les toiles vésica ntes du commerce.

Le **vésicatoire d'Albespeyres** demeure l'agent de vésication le plus énergique et le plus sûr.

PEPSINE BOUDAULT.

La **Pepsine** est le principe actif du suc gastrique et doit être considérée comme un **ferment** qui, combiné aux acides de l'estomac, a la propriété d'opérer la digestion stomacale.

La **Pepsine** est sécrétée par les glandes de l'estomac, principalement pendant la digestion : elle rencontre

dans cet organe les aliments déjà préparés par la mastication et la salivation, les dissout, les transforme en peptones (aliments digérés), et les rend ainsi propres à être assimilés dans l'économie.

La plupart des troubles de la digestion étant dus à l'altération de la pepsine, **le Dr Corvisart et M. Boudault** ont eu, en 1854, l'ingénieuse idée de suppléer à la Pepsine faisant défaut, par la **Pepsine animale** qui est en tous points identique à celle de l'homme et qu'ils ont réussi à obtenir pure et inaltérable.

CAPSULES D'APIOL

DES DOCTEURS JORET ET HOMOLLE.

L'**apiol des docteurs Joret et Homolle** se délivre en **flacons** de 25 capsules (prix : 4 fr. 50) et **demi-flacons** de 12 capsules (prix : 2 fr. 25.)

Chaque capsule contient 0, 20 centigrammes d'apiol pur.

Les flacons sont enveloppés d'une enveloppe en papier jaune glacé maintenue par une étiquette portant l'adresse du dépôt général ainsi que les mots : **Apiol des Drs Joret et Homolle.**

Émulsion de Goudron végétal Le Beuf.

L'Eau de goudron, en raison de son infidélité et des variations de sa composition, ne peut guère être employée médicalement et tous les moyens inventés pour lui donner une concentration plus grande ont dû être rejetés en raison des altérations qu'ils font subir au goudron.

C'est ainsi que les liqueurs obtenues par macération prolongée, par concentration ou par l'action d'un alcali, après avoir eu toutes successivement leur vogue, ont été à peu près abandonnées. Il fallait, en effet, pour obtenir une action certaine et efficace, employer le goudron en nature.

La forme capsulaire constituait un progrès sous ce rapport puisqu'elle permettait l'absorption du goudron dans toute sa pureté et son intégrité ; mais on s'aperçut bientôt que ces capsules étaient d'une digestion difficile, que les liquides digestifs avaient de la peine à pénétrer cette masse visqueuse et gluante et ne pouvaient la modifier pour préparer son absorption ; qu'enfin leur administration était pour l'estomac une cause de fatigue alors que l'effet thérapeutique recherché était difficilement obtenu.

De tels inconvénients auraient certainement fait restreindre notablement l'emploi du goudron, si **M. Le Beuf** n'avait trouvé le moyen de les supprimer en préparant son émulsion.

Au sein d'un **liquide absolument neutre**, le **goudron est émulsionné**, c'est-à-dire pulvérisé à l'infini : il n'a subi aucune action chimique, aucune action physique — tel il était avant l'opération, tel on le retrouve dans **l'émulsion Le Beuf** — il n'y a eu qu'une **division mécanique**. De plus cette **émulsion** est **absolument stable** et elle se diffuse dans tous les liquides avec la plus grande facilité.

On comprend donc facilement le succès qu'une préparation de ce genre devait obtenir devant le public médical, succès qui, d'année en année, s'est affirmé davantage et auquel tous ceux qui se sont occupés de thérapeutique, Gubler en tête, ont tenu à contribuer.

PHARMACIE DROGUERIE

MAISON ADRIAN

Aux adhérents du *Concours médical*, qui sont dans les conditions légales pour exercer à la fois la médecine et la pharmacie, nous *recommandons d'une façon toute spéciale*, la Société française de produits pharmaceutiques, ADRIAN et Cie, 11, *rue de la Perle, Paris.* Ils seront assurés de trouver dans cette maison des produits chimiques purs et des produits pharmaceutiques exactement dosés.

MAISON PATRE

Le *Comité des annonces* du *Concours médical* invite ceux de nos confrères qui exercent la médecine et la *Pharmacie*, dans la région d'Orléans et les départements du centre, à s'adresser à la Maison Em. Patre, pharmacie-droguerie, 263, rue de Bourgogne, Orléans (Loiret). Ils peuvent compter que les produits qui leur seront fournis, seront de première qualité et dans des conditions de prix très favorables. En leur qualité de *Membres du Concours médical*, ils seront traités comme les plus anciens clients de la maison.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

10 Septembre 1881 — 3me Année. — No 37

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Dans une des dernières séances de l'Académie, M. le Dr *Delthil* avait donné lecture d'un travail relatant un certain nombre d'empoisonnements observés par lui, à Nogent-sur-Marne, chez des personnes qui avaient mangé des gâteaux dits *Saint-Honoré* et sur des analyses chimiques qu'il a faites à cette occasion. Il attribuait à la production d'un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque, par suite de l'emploi des aluns du commerce très fortement ammoniacaux, l'apparition d'accidents toxiques dans ces circonstances.

M. Delthil concluait en ces termes :

« Le mal étant connu dans ses causes et dans ses effets, il est aisé d'indiquer le remède.

« Voici les solutions que je propose :

« 1o Avertir les industriels que l'alun ammoniacal en contact avec le cuivre produit un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble, très vénéneux ;

« 2o Proscrire l'alun de toutes les préparations culinaires, quand on se sert de vases de cuivre ;

« 3o Informer les industriels qu'ils peuvent remplacer l'alun par du chlorure de sodium (sel marin) ou par du borax, et encore, pour ce dernier sel, il y a lieu de faire des réserves ;

« 4o L'alun étant un agent de sophistication pour la fabrication de certaines conserves de viandes, de légumes et de fruits, et surtout pour la boulangerie, l'administration a le devoir de surveiller son emploi ;

« 5o Enfin l'administration, ayant défendu aux industriels d'ajouter des sels de cuivre aux préparations culinaires, doit savoir qu'ils éludent la loi, les uns de propos délibéré, les autres inconsciemment, en se servant de l'alun dans des vases de cuivre pour fabriquer ainsi directement un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque dans leurs préparations. »

M. Delthil semblait croire que tous les pâtissiers ont l'habitude d'ajouter une certaine quantité d'alun aux blancs d'œufs battus sans eau dans une bassine de cuivre, afin de coaguler plus aisément l'albumine.

M. le Dr *Galippe*, dont les travaux sur les sels de cuivre sont bien connus, est venu combattre les idées exposées par M. Delthil et les conclusions qu'il avait posées. Il fait d'abord remarquer qu'il n'y a qu'un très petit nombre de pâtissiers qui emploient de l'alun dans ces conditions; qu'au surplus, si cet usage était plus général, les accidents indiqués devraient être fréquents. L'expérience prouve que, si on ne laisse pas séjourner l'albumine dans le vase de cuivre, il n'y a pas de traces appréciables de ce métal entraîné ou dissous pendant l'opération. Dans ces conditions, l'albumine battue a une réaction légèrement acide qu'il ne faut pas dépasser, et la saveur communiquée par l'alun est facilement dissimulable par l'addition du sucre. Aux doses indiquées par M. Delthil, l'addition d'alun ne permet pas d'obtenir des « blancs d'œufs battus en neige, » et le mélange, en dépit du sucre qu'on y ajoute, a une saveur des plus repoussantes. Le sulfate de cuivre ammoniacal n'est-il pas, en outre, un médicament communément employé sans danger à des doses considérables ; et de plus, si la combinaison facile du cuivre avec les matières albuminoïdes

est depuis longtemps démontrée, son innocuité n'a-t-elle pas été prouvée, et ne sait-on pas qu'il se forme dans ces conditions une combinaison insoluble même dans l'eau bouillante?

Il résulte, en outre, des expériences anciennes et récentes de M. Galippe que, suivant lui, « rien dans le travail de M. Delthil ne pouvait l'autoriser à soutenir que les accidents qu'il a observés soient imputables au sulfate de cuivre ammoniacal, dont il n'a nullement démontré la présence dans les aliments ingérés, et parce qu'il y a une disproportion évidente entre les accidents observés et la petite quantité du composé cuprique qui a pu être absorbé sans communiquer, au dire même de M. Delthil, ni saveur, ni couleur à la crème ingérée. » Or, quand bien même la crème du Saint-Honoré renfermerait du sulfate de cuivre ammoniacal, ce sel étant très soluble, la crème aurait eu nécessairement une saveur cuprique en rapport avec la quantité de sel en solution et une couleur spéciale. En faible proportion, cette addition est sans danger; à dose élevée, la saveur est intolérable et en prévient l'ingestion. — Le mémoire de M. Galippe est renvoyé à la commission précédemment nommée pour examiner celui de M. Delthil.

M. Ducastel a expérimenté la médication éthérée-opiacée dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave. Dans nombre de cas, il y a eu absence de suppuration, arrêt de developpement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules; les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption. Dans le cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence de variole grave, *le plus tôt est le mieux*; quand il a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, la suppuration a toujours eu lieu. La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration, à la suite d'accidents d'infection; mais, alors encore, il y avait eu amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc.

Voici le mode d'administration de ce traitement: 1° Matin et soir, injection d'éther, une pleine seringue de Pravaz chaque fois, 2° extrait thébaïque de 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes; chez la femme, la dose est le plus souvent de 15 centigrammes, chez les hommes presque toujours de 20; 3° perchlorure de fer, 20 gouttes dans une potion de 125 grammes; l'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillerées à bouche.

La médication éthérée-opiacée doit être réservée pour les formes graves; en outre les *injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement.*

L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles.

Les malades chez qui l'évolution de l'éruption s'est arrêtée étaient tous, un seul excepté, d'anciens vaccinés.

Nous pensons que tous nos confrères partagent le plaisir éprouvé par nous à la lecture de la lettre suivante que le Dr *Mignen* vient d'adresser à notre Directeur.

Très honoré confrère,

Vous avez bien voulu quitter quelques instants vos nombreux convives pour venir m'apporter l'expression des sympathies unanimes qu'avait causées à nos confrères la nouvelle de mon triste accident.

Douloureusement privé du bonheur que j'avais espéré en me réunissant à eux, je suis néanmoins heureux aujourd'hui de pouvoir annoncer à tous que mon état est aussi satisfaisant que possible, et que je pense, sous quelques jours, regagner Montaigu, grâce à l'appareil inamovible qui m'a été placé hier.

Veuillez remercier mes confrères des sentiments dont j'ai été l'objet. Ce serait un motif de plus pour moi de faire tout le possible pour l'œuvre poursuivie par le *Concours*, si je pouvais y apporter plus de dévoûment.

Agréez, mon cher confrère, avec tous mes remerciements l'expression de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Paris le 2 septembre 1881. Dr Mignen.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'à l'accident déjà si grave par lui-même, dont notre confrère a été victime, ne s'ajoutera aucune complication fâcheuse qui nous eût tous vivement désolés. Nous n'avons plus qu'à adresser à notre confrère nos souhaits d'un prompt rétablissement.

Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

Parallèle clinique des Cirrhoses.

I

Nous voici encore en présence d'un de ces mots qui, comme asystolie, ne répondent plus en aucune façon à leur sens étymologique, mais qui semblent cependant aussi inamovibles dans la langue médicale que certains serviteurs pleins de défauts auxquels on ne donne pas leur congé parce qu'on est habitué à eux et qu'on hésite toujours à introduire chez soi un nouveau visage.

Quand Laënnec trouvait dans ses autopsies des foies granuleux, durs et de couleur jaune roux, prenant pour des produits étrangers à la structure de la glande, même et presque parasitaires, ces granulations fauves qui criaient sous son scalpel, il les dénommait des *cirrhoses* (cirrhos, fauve).

Les générations suivantes surent bien que ces granulations jaunes n'étaient point des corps étrangers, mais des lobules même du foie, atrophiés et saillants ; toutefois on continua à employer au singulier le mot de Laënnec pour désigner le foie jaune et bosselé des buveurs.

Aujourd'hui, grâce aux travaux des micrographes, nous savons que le processus morbide en question appartient à un groupe d'inflammations chroniques caractérisées anatomiquement par la production exagérée du tissu conjonctif qui forme la trame des organes. Ce tissu conjonctif de formation nouvelle jouit, comme le tissu des cicatrices, de la propriété de se rétracter; il étouffe ainsi peu à peu les éléments spécifiques du parenchyme de l'organe atteint ; que ce soient des éléments nerveux, musculaires ou glandulaires, ils finissent par disparaître, et l'organe dont ils faisaient partie n'est plus qu'une masse fibroïde, incapable désormais d'accomplir les fonctions qui lui étaient normalement dévolues.

Cruveilhier appelait *métamorphoses fibreuses* ce groupe des inflammations chroniques ; on les désigne encore sous le nom d'*inflammations interstitielles*, et, comme l'inflammation interstitielle du foie est un type du genre, on a cherché à généraliser le terme de cirrhose. Cette dénomination est absolument impropre appliquée aux inflammations interstitielles de la rate, du rein ou du poumon, car la couleur jaune ne s'y observe jamais; elle n'est guère meilleure pour le foie qui peut être rouge, verdâtre ou gris. Le terme sclérose, — infiniment meilleur (*sklêros, dur*), puisqu'il exprime un caractère commun à toutes les inflammations interstitielles, l'augmentation de consistance, — n'a prévalu que pour les centres nerveux, et voilà comment nous avons conservé, sans nous aveugler sur ses défauts, ce vieux mot de cirrhose, — ce qui ne peut manquer de flatter l'ombre du grand Laënnec.

II

Longtemps on ne connut qu'une seule espèce d'hépatite interstitielle diffuse, celle qui aboutit à la diminution de volume du foie et qui se traduit cliniquement par l'ascite, le développement de la circulation veineuse collatérale, l'émaciation et les hémorrhagies, en somme la CIRRHOSE ATROPHIQUE, appelée encore cirrhose vulgaire ou cirrhose de Laënnec. Requin, le premier, démontra l'augmentation de volume du foie chez des sujets atteints de cirrhose ; depuis, c'est aux travaux de médecins français Olivier (de Rouen), Charcot et Gombault, et surtout Hanot, que l'on doit la connaissance du groupe si intéressant des CIRRHOSES HYPERTROPHIQUES, sur lequel le dernier mot est loin d'avoir encore été dit, et qui ne présente assurément pas l'homogénéité parfaite d'une famille nosologique. Déjà dans ce groupe se détache nettement la variété si bien décrite par M. Hanot sous le nom de *cirrhose hypertrophique avec ictère*; récemment on a mis en lumière une autre variété sous l'étiquette de *cirrhose hypertrophique graisseuse*.

Ainsi la question des cirrhoses, encore assez simple, il y a quelques années, entre dans une période de complexité; c'est pourquoi il nous a semblé utile d'exposer à nos lecteurs un résumé net des faits aujourd'hui connus, afin qu'il leur soit possible de suivre sans trop de fatigue les travaux nouveaux qui paraîtront sur ce sujet.

M. le professeur Charcot, avec le talent d'exposition dogmatique qu'on lui connaît, traçait, en 1876, les caractères différentiels des deux grandes variétés de cirrhose alors connues. Il a fait ressortir que le tissu cellulaire du foie ne s'enflamme jamais primitivement, et que ses altérations sont la conséquence de troubles intéressant ou le système vasculaire, et particulièrement les radicules de la veine porte, — on est alors en présence de la cirrhose atrophique vulgaire, — ou les canaux excréteurs de la bile, — il s'agit alors de la cirrhose hypertrophique. Aussi la première mérite-t-elle le nom de cirrhose veineuse; la seconde, celui de cirrhose biliaire.

Sans vouloir insister sur l'anatomie pathologique, il est impossible de passer sous silence les différences radicales que les lésions présentent dans les deux cas. — Dans le premier, le foie apparait diminué de volume et de poids, déformé par des saillies et des dépressions, d'une couleur variant entre le blanc grisâtre et le jaune brun ; à la coupe on voit une infinité de granulations isolées, à peu près sphériques, d'un volume variant entre ceux d'une lentille et d'un grain de raisin, et entourées d'une zone de tissu fibreux, d'où elles semblent faire saillie ; le tissu hépatique résiste et crie sous le scalpel. — Dans le second cas, un foie énorme (2 à 3 kilogrammes), mais conservant son bord tranchant et son aspect lisse, quelquefois tout au plus finement granuleux; le plus souvent sa couleur varie du brun verdâtre au vert olive, sauf le cas où l'épaississement inflammatoire chronique de la capsule de Glisson lui donne une teinte grisâtre. Sans doute le tissu est à la coupe d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal, mais non plus d'une dureté fibreuse à crier sous le couteau, et au lieu de granulations saillantes hors de la gangue conjonctive, nous en

voyons qui semblent se confondre avec le tissu voisin.

A ces apects différents correspondent des lésions microscopiques différentes. Tandis que l'hypertrophie du tissu conjonctif débute dans la cirrhose vulgaire autour des radicules de la veine porte dans l'intervalle des lobules, intéressant toujours plusieurs lobules à la fois, les enserrant dans un tissu fibreux qui n'altère leurs cellules que par la compression qu'il leur fait subir, — dans la cirrhose hypertrophique, le travail de prolifération conjonctive débute autour des canalicules biliaires chroniquement enflammés, puis serpente capricieusement, non-seulement entre les lobules, mais pénètre dans leur intérieur entre leurs cellules qu'elles dissocient en amenant leur atrophie et leur dégénérescence granuleuse. Tandis que la lésion primitive de la première est une périphlébite, celle de la seconde est une périangiocholite.

III

Mais nous avons hâte de nous trouver sur le terrain clinique où vont s'affirmer les dissemblances.

La période de DÉBUT est à la vérité généralement aussi insidieuse dans les deux formes de cirrhose, et l'affection peut rester assez longtemps méconnue. Toutefois si l'on reconstruit rétrospectivement l'histoire des malades, on peut s'assurer que les phénomènes initiaux ressortissent plus souvent dans la première à des poussées congestives vers le foie, créant un état subinflammatoire permanent, douleurs sourdes dans l'hypocondre droit, troubles digestifs (anorexie, flatulence, constipation). — Dans la seconde, la congestion hépatique existe aussi, mais elle s'accompagne de jaunisses plus ou moins accentuées, plus ou moins durables qui reparaissent à l'occasion d'une fatigue, d'un écart de régime, d'une émotion vive.

Y a-t-il dans la cirrhose vulgaire une période d'hypertrophie, précédant l'atrophie que le médecin constate toujours quand la maladie est à sa phase d'état et le diagnostic définitivement établi? Cette opinion, admise d'abord, puis rejetée, paraît reconquérir certains suffrages; car tout récemment un praticien de Vichy, le Dr Cyr (1), a semblé pouvoir l'étayer sur un assez grand nombre de faits personnels. S'il en est ainsi, pendant cette période d'hypertrophie de la cirrhose commune, le diagnostic avec la cirrhose hypertrophique serait impossible à faire: mais en réalité on n'est guère consulté à ce moment, et c'est à la PÉRIODE D'ÉTAT qu'il convient d'opposer l'une à l'autre les deux formes.

Un premier caractère peut être tiré de l'aspect des urines.

De bonne heure dans la cirrhose commune elles sont foncées, hautes en couleur, troubles et laissent déposer un abondant sédiment briqueté.

Les urines dans la cirrhose hypertrophique sont surtout bilieuses, et l'acide nitrique y décèle une quantité de pigment plus ou moins abondante suivant la période de la maladie; cette coloration biliaire marche parallèlement avec la teinte plus ou moins ictérique de la peau et des conjonctives, fort intense par moments, à peine marquée dans d'autres, mais pour aboutir, en général, à une teinte jaune définitive et qui s'accroît jusqu'à la mort. — La peau dans la cirrhose commune est surtout sèche par suppression presque absolue de la transpiration, ridée, grisâtre et comme parcheminée.

Dans les deux formes, si on fait le dosage de l'urée, on constate que le taux de cette substance est très abaissé, tombant jusqu'à 5 et 6 grammes pour les vingt-quatre heures.

Un des premiers signes qui permettent d'affirmer le diagnostic de la cirrhose commune est assurément la constatation de l'*ascite*; chez un malade, qui n'a pas d'œdème des jambes et se plaint de troubles digestifs, ce symptôme acquiert beaucoup d'importance. Il est extrêmement rare dans la cirrhose hypertrophique. Nous n'insisterons pas sur ses caractères, non plus que sur cette autre conséquence naturelle de l'obstacle au cours du sang dans la veine porte, la *dilatation des veines sous-cutanées abdominales*. Lorsque l'ascite apparaît dans la cirrhose hypertrophique, elle est toujours en très faible quantité, reconnaît pour cause une poussée irritative du côté du péritoine, et n'est nullement comparable à celle de l'autre forme; de même à la période ultime, on peut voir se dessiner les veines de l'abdomen, mais en un réseau irrégulier, et non distribuées verticalement et localisées vers l'hypochondre droit. — De même l'ictère peut apparaître accidentellement dans le cours de la cirrhose commune, mais c'est là une exception en rapport avec une oblitération fortuite des voies biliaires.

La palpation et la percussion méthodiquement pratiquées des deux hypochondres à la période d'état permettront de constater le volume du foie et de la rate, éléments indispensables du diagnostic. On se heurtera souvent à de réelles difficultés pendant cette recherche : l'épaisseur des parois abdominales, l'abondance de l'ascite; dans ces cas là, on arrivera simplement à cette conclusion que le foie est petit ou gros. Mais bien souvent aussi, quand la paroi est dépressible et l'ascite modérée, on peut arriver à palper le bord tranchant du foie qu'on trouve irrégulier, bosselé, ou la surface convexe qui est granuleuse et inégale, sans présenter toutefois ces volumineuses nodosités du cancer hépatique. — La rate est également volumineuse; sa matité s'élève plus haut vers l'aisselle qu'à l'état normal et dépasse en bas le rebord des fausses côtes; le palper peut aussi la révéler d'une dureté fibreuse et parfois un peu sensible. Tel est l'état des choses dans la cirrhose commune : atrophie du foie, hypertrophie de la rate.

Dans la cirrhose hypertrophique, la rate est au moins aussi tuméfiée que dans l'autre forme, mais le foie est énorme aussi, de sorte que la matité fournie par ces deux organes occupe la plus grande partie de l'abdomen.

IV

Poursuivons le parallèle dans les complications, la marche, la terminaison et le diagnostic.

Les *hémorrhagies*, si fréquentes dans la cir-

(1) Gaz. Hebd. 12 août 1881.

rhose atrophique, hématémèses, melæna, épistaxis, taches ecchymotiques cutanées, sont beaucoup plus rares dans l'hypertrophique, et surtout elles ne se présentent guère que dans la période ultime. Elles sont au contraire précoces dans la cirrhose commune, surtout celles qui se font par la muqueuse intestinale et qui sont favorisées par la stase sanguine dans le système porte.

L'amaigrissement est précoce et tout à fait caractéristique dans la cirrhose commune, surtout quand il contraste avec une ascite considérable. La santé générale est plus tardivement atteinte et la dénutrition progresse moins vite dans l'hypertrophique.

Les inflammations viscérales bâtardes, peuvent apparaître dans les deux formes, l'albuminurie également.

Mais si le pronostic est identique dans les deux formes au point de vue de l'issue définitive qui est toujours fatale, il est, au point de vue de la durée, très dissemblable. La cirrhose commune est une affection qui dure rarement plus de quinze à dix-huit mois; la cirrhose hypertrophique beaucoup plus chronique dure, en général, plusieurs années.

La terminaison habituelle de la première, sauf complications intercurrentes, arrive par le progrès de la cachexie; il est au contraire très fréquent d'observer dans le cours de la seconde ces accidents aigus, rapidement mortels, que l'on décrit sous le nom d'ictère grave et auxquels nous consacrerons un prochain article.

Le diagnostic de la cirrhose vulgaire doit être fait avec la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, la péritonite cancéreuse, la pyléphlébite, le cancer du foie et la congestion hépatique des maladies du cœur. — Outre la lithiase biliaire, qui existe quelquefois d'ailleurs souvent parmi les antécédents, la cirrhose hypertrophique ne peut être confondue à sa période d'état qu'avec un petit nombre d'affections : car il n'y a que quatre états qui déterminent l'hypertrophie de la rate et du foie; ce sont l'impaludisme, la leucocythémie, les kystes hydatiques alvéolaires et la cirrhose hypertrophique. Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur ces diagnostics, nous réservant d'y revenir sous peu.

Mais, si nous avons soigneusement conduit la comparaison entre les deux cirrhoses jusqu'ici connues, nous ne saurions passer sous silence une variété nouvelle de cirrhose hypertrophique décrite récemment par le Dr Sabourin (1) sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse.

Cette forme serait caractérisée anatomiquement par les lésions de toute cirrhose, c'est-à-dire l'hypertrophie du tissu conjonctif, mais qui débuterait ici à la fois autour des radicules de la veine porte à la périphérie des lobules, et au centre de ceux-ci autour des veines sus-hépatiques, qui, très malades dans leurs parois, forment un second centre d'irradiation conjonctive. De ces deux foyers partent des travées conjonctives divisant le lobule en une série de départements de formes et de dimensions variables. — En même temps les cellules hépatiques sont en dégénérescence graisseuse totale, ou à peu près totale. Le foie est énorme, mais conserve à peu près sa forme normale, sa surface est lisse ou à peine granuleuse : le tissu à la coupe est d'une couleur pâle, d'une consistance plutôt pâteuse que ferme, en tout cas moindre que dans les autres variétés de cirrhose, — onctueuse et grasse.

Cliniquement, on relève toujours des symptômes non douteux d'alcoolisme chronique (cauchemars, dyspepsie, tremblement des mains); le foie est gros, nous l'avons dit; il n'y a pas d'ascite dans la majorité des cas; il n'y a pas d'ictère dans la période d'état, et la rate n'offre point de tuméfaction notable.

L'embonpoint est conservé; le malade ne s'aperçoit pendant longtemps de rien, jusqu'au jour où une faiblesse croissante, de l'oppression, de troubles digestifs l'amènent chez le médecin. La terminaison peut alors être très rapide, soit par péritonite, soit par l'intercurrence d'une tuberculose à marche rapide, soit enfin par l'explosion du syndrôme ictère grave, avec son cortège typhoïde, trahissant la destruction complète du parenchyme hépatique.

La connaissance de cette variété nouvelle de cirrhose est surtout intéressante en ce qu'elle nous montre que le groupe des cirrhoses hypertrophiques, dont on avait déjà distrait la cirrhose hypertrophique d'origine biliaire avec ictère, réserve encore des surprises aux pathologistes, puisqu'elle comprend aussi des cirrhoses d'origine vraiment veineuse sans ascite ni ictère. Paul Gerne.

(1) Archives de physiologie. juillet-août 1881.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES OBLIGATIONS QU'IMPOSE LE TITRE DE MEMBRE DU "*Concours*,,

A M. le Dr Vissaguet, à Saint-Galmier (Loire).

Mon cher confrère,

Nous extrayons de votre lettre du 27 août, les passages suivants :

« Je vous retourne ma carte de membre de la Société civile du *Concours Médical*: j'aurais accepté avec plaisir d'en devenir membre, mais, dans mon ignorance du droit, je n'aperçois que les avantages et ne discerne pas assez les inconvénients et les charges qui doivent à coup sûr exister, mais ne sont, à mon avis, pas assez catégoriquement exposés. Dans ce doute, je vous prie de ne tenir pour valables que les termes de ma formule d'adhésion, ne voulant contracter aucune autre espèce d'engagement. Veuillez agréer, etc. » Dr Vissaguet.

Nos lecteurs verront bien vite par la lecture de votre lettre, combien il importe que, dans nos grandes réunions, la Direction et les membres des comités s'attachent à connaître les sentiments qui animent nos confrères. Nous n'avons pas manqué de leur fournir des explications, de solliciter l'expression de leurs désirs, de provoquer leurs ob-

jections. Nous avons tâché aussi de nous rendre un compte exact des espérances que le *Concours médical* a fait naître et, en outre, des services que chacun avait ou n'avait pas rendus à la cause commune.

Vous seriez venu à l'Assemblée, que nous n'aurions pas eu besoin de vous dire: Lisez le numéro 34 qui contient le compte-rendu de la réunion, et, sans qu'il soit nécessaire d'avoir des notions de droit, vous verrez que la Société civile ne vous impose aucune charge autre que celles que vous aviez acceptées en signant votre adhésion.

Si cependant vous considérez comme une charge de concourir, dans la mesure de vos moyens, à la prospérité du *Concours*, soit par l'appui moral que vous lui prêteriez en propageant ses idées, soit matériellement, en faisant usage des produits recommandés; en un mot, si vous ne croyez pas pouvoir accepter ces responsabilités, vous avez bien fait de nous renvoyer votre carte. Vous avez donné un bon exemple; nous souhaitons qu'il soit suivi par tous ceux qui sont dans les mêmes sentiments que vous.

Nous ne sommes jamais venus vous dire : Recommandez à tort et à travers les spécialités, eaux minérales, produits divers, établissements, compagnies, adoptés par le *Concours;* nous savons que nous parlons à des médecins et non à des vendeurs de remèdes. Nous vous avons dit : Prenez-les de préférence aux autres produits similaires, car le Comité d'études des annonces vous affirme leur bonne qualité, leur action thérapeutique.

Dans cette limite, quel est celui de nos confrères dont la délicatesse se trouverait froissée par la conduite que nous ne lui proposons, qu'en la tenant nous-même dans notre clientèle. Nous pouvons dire, avec quelque orgueil, que ce que nous faisons, le plus honorable d'entre nous peut bien le faire.

Maintenant laissez-nous prendre texte de votre lettre, pour dire à tous les nôtres, comme à vous, que paraître prendre part à une organisation comme la nôtre, en acceptant ses avantages, mais en se soustrayant aux devoirs qu'elle impose, serait un acte peu consciencieux.

Nous avons adopté, en connaissance de cause et avec motifs à l'appui, *la publicité par sélection*, qui seule peut permettre au Corps médical d'avoir, sur les agents thérapeutiques qu'il emploie, une sérieuse influence, et, par conséquent, peser dans la balance quand se pose la question si importante des spécialités. Entre *la publicité sans choix* et la nôtre, que nous estimons la seule à laquelle recourra le journalisme médical dans l'avenir, il n'y avait pas à hésiter, quand nous avons créé un journal d'intérêts professionnels. Notre conception de l'annonce est une arme professionnelle puissante que nous mettons dans les mains de notre corporation. Que seuls, ceux qui sont de cet avis viennent à nous, car notre mécanisme financier n'aurait plus aucune raison d'être et nous serions obligés de mettre nos annonces en régie (ce qui serait la négation de nos idées en matière de publicité), si chacun ne s'inspirait de nos principes.

On a dit aux personnes qui ont traité avec nous: Vous pouvez être assurées que votre nom ou votre marque auront la préférence des membres de la Société, lorsque votre produit sera jugé par le médecin apte à rendre service à ses clients.

On a dit de même aux fournisseurs communs et aux Compagnies: Consentez des réductions; vous les ferez de plus en plus élevées, à mesure qu'un plus grand nombre de membres du *Concours* recourra à vous.

Nous avons dit à tous nos lecteurs: Collaborez au journal, sinon par des communications destinées à l'impression, au moins en nous faisant part de vos idées, de vos vœux et des moyens qui vous paraissent les plus pratiques pour nous assister les uns les autres, en cherchant à contribuer au bien général.

Quand on n'a à sa portée aucun de ces actes de concours, il est facultatif de suivre l'exemple donné par nombre de nos confrères qui ont voulu verser le prix de l'abonnement.

En résumé, mon cher confrère, il serait préférable de n'être que mille adhérents convaincus que deux mille adhérents pour la forme.

Maintenant que nous avons précisé le point qui vous est personnel, nous profiterons de l'occasion, pour entrer dans quelques détails.

On nous disait à la réunion:

Si, en attendant ce consensus, cette volonté commune à tous les membres du *Concours*, de rendre sa publicité de plus en plus puissante, ceux qui en font les frais, venaient à être assez mal inspirés pour ne point savoir attendre les résultats de leurs sacrifices? S'ils renonçaient prématurément à leurs traités?

D'abord en présence des résultats déjà acquis, cette éventualité n'est pas à prévoir. Sans doute il devra se produire de temps en temps des modifications dans nos adoptions, et cela pour des raisons étrangères aux avantages qu'en retirent les intéressés. Mais les personnes, avec lesquelles nos traités ont été conclus, sont gens intelligents, et qui, connaissant bien les résultats qu'ils peuvent attendre de l'annonce ordinaire si usée, ne regardent pas à la somme consacrée à leur publicité. De plus, le comité d'études est prêt à toute éventualité. Il saura bien se mettre en état de remplacer convenablement les spécialités qui viendraient à nous faire défaut.

On nous a dit aussi: Il existe bien des détenteurs de produits excellents; pourquoi n'a-t-on pas encore conclu avec eux? — Nous répondrons que conclure un traité nécessite du temps et des études et qu'on n'a pas toujours affaire à des esprits avisés. Mais les plus timides en affaires ne seront pas toujours les derniers à se rendre à l'évidence.

On nous a dit encore: Les services rendus par la publicité du journal sont-ils assurés d'être rémunérés d'une façon équitable? Nous répondons: Oui assurément, car nos traités de publicité sont conçus d'une façon spéciale, assurant au journal une somme proportionnée à notre nombre. Ils font ainsi de ce journal le plus juste rémunérateur des prix de publicité qui lui sont payés.

Mais, a-t-on ajouté: Pourquoi n'avoir pas consenti à faire à chaque membre du *Concours la répartition de tous les produits de la publicité*?

Pourquoi s'être interdit de mettre en jeu ce puissant mobile de l'*intérêt privé* ?

Oh ! sur ce sujet, notre conviction est absolue ; elle est basée en premier lieu, sur des motifs de sentiment ; elle est fondée ensuite sur les chiffres qui sont éloquents eux aussi. Nous ne reculerons pas, à ce propos, devant les détails ! Nous dirons tout ce que nous pensons, avec notre franchise habituelle.

On nous accordera que nous devons avoir, depuis trois ans que nous avons fait connaissance avec nos confrères, quelque intelligence des sentiments qui animent la majorité d'entre eux.

Par toute notre correspondance, nous n'avons eu aucune difficulté à nous convaincre que cette idée de l'intérêt personnel que nous repoussons était absolument fausse, sans valeur, sans avenir, inacceptable pour notre corporation.

Nos réflexions nous ont aussi prouvé que le calcul était d'accord avec le sentiment pour nous faire préférer de beaucoup l'*intérêt de société* à l'intérêt privé.

Voyons, en allant au fond des choses, ce que pourrait enfanter jamais, de quelque façon qu'on le stimule, cet *intérêt privé* représenté par une distribution de dividende.

Admettons, en prenant pour exemple le *Concours*, que le journal parvienne à donner, à la fin d'un exercice, une disponibilité de *cent mille francs*; à deux mille que nous sommes, cela représenterait un dividende de cinquante francs.

Avec cette distribution, aurions-nous atteint le but que s'est assigné notre Société : l'amélioration de la situation des plus malheureux d'entre nous ? Qu'on quintuple cette somme de cent mille mille francs et notre nombre resterait-il stationnaire, que les cinq cent mille francs répartis en dividendes de 250 fr. ne seraient en aucune façon capables de faire disparaître la gêne médicale. Il nous suffit à tous d'un travail un peu plus assidu, pour gagner cette somme, que le plus grand nombre d'entre nous se refuserait d'ailleurs à accepter.

Il est superflu d'ajouter que cet appel à l'intérêt privé, à l'intérêt pécuniaire, aurait donné à notre *société* un cachet de mercantilisme qui nous aurait enlevé bien justement l'influence que nous avons acquise. Ç'aurait été la plus grande et la plus inavouable des erreurs.

Nous devons examiner maintenant cet *intérêt de Société*, que nous estimons à un si haut prix. Nous sommes intimement co vaincu que lui seul peut provoquer de grands et utiles efforts, parce qu'il est acceptable pour nous tous sans exception et parce qu'il est doué d'une vertu toute particulière : celle de nous fournir des moyens assurés de relever la situation du Corps médical.

Pour nous en convaincre, il convient de remarquer que nous ne réclamons pas du journal ces sommes énormes que nous énoncions tout à l'heure.

Nous allons faire toucher du doigt combien auront d'efficacité les ressources plus modestes que nous lui demandons de nous procurer.

On nous dira peut-être que l'avoir du *Concours*, qui, au bout d'une année, ne s'élève qu'à une quinzaine de mille francs, tout en tenant compte des sommes considérables représentant le prix du journal, servi à nos deux mille adhérents, est modeste. Nous trouvons, nous, que cet avoir est fort respectable et que, de plus, il dépend de nous tous de l'accroître considérablement.

Nous avons la conscience d'avoir fait tout notre possible et avons la volonté de faire tout ce qui est compatible avec les sentiments honorables qui nous sont communs avec nos confrères, pour permettre au *Concours* d'arriver à la richesse que ses débuts permettent d'augurer.

Qu'on le remarque bien : dès à présent, ses ressources suffisent pour rendre de grands services, non-seulement à ses adhérents, mais au Corps médical tout entier.

C'est en effet, par l'*Association*, c'est par la *Société-Journal*, que nous avons la prétention fondée de résoudre, avec chances de succès, diverses questions. Leurs solutions se traduiront en bénéfices matériels et parfaitement légitimes cette fois, pour tous nos confrères. Etablissons quelques chiffres et démontrons ainsi la puissance de l'argent mis à la disposition d'une Société.

Nous avons plusieurs moyens d'améliorer notre situation. Examinons-les :

1° Grâce au journal, grâce aux syndicats, nous arriverons à la juste *élévation du taux de nos honoraires*, jusqu'à la limite que nous imposent les ressources de nos clients ; de cette façon, par le simple concert de voisinage ou par les syndicats, le taux des visites élevé de 1 fr. à 1 fr. 50 ou de 1 fr. 50 à 2 fr., procurera à chaque médecin une somme de plusieurs milliers de francs. Voilà un résultat pratique important.

2° Que nous obtenions, grâce au *Concours*, la *suppression de l'impôt qui considère le cheval et la voiture du médecin praticien comme objets de luxe*, et nous aurons une deuxième économie annuelle.

3° Que nous obtenions du fisc *l'élévation de la taxe des honoraires médico-légaux;* que nous imposions celle des *certificats*, nous procurerons à la plupart d'entre nous une somme appréciable.

4° Que nous obtenions par nos réclamations concertées, *l'élévation de toutes les sommes fixées* qui nous sont départies, avec une modicité si peu acceptable, par *les hospices*, *bureaux de bienfaisance*, *sociétés de secours mutuels*, *services administratifs* de tout ordre, etc., et nous aurons encore à notre actif des sommes annuelles de véritable importance.

5° Que nous obtenions la prolongation de l'époque à laquelle se *prescrivent nos honoraires* et nous aurons encore obtenu de ce fait un certain revenu.

6° Pour ne citer qu'un seul exemple des économies procurées par nos *fournisseurs communs*, la Compagnie le Phénix fait à tous les nôtres une réduction annuelle de 25 0/0 sur la prime dressée d'après le tarif général. Tous les membres du *Concours* sont bien loin d'avoir songé à profiter de cette économie du quart des primes qu'ils auront à payer durant toute leur vie s'ils sont propriétaires. Mais il est évident qu'ils en viendront tôt ou tard à user de cette faculté qu'on peut et doit assimiler à une *somme reçue* ; il en sera à peu près de même pour tous les *fournisseurs communs*,

si plus tard nous parvenons à en établir dans plusieurs centres en étendant leur usage aux nécessités de notre budget domestique.

Faisons donc notre total et voyons ce que peut donner *l'intérêt de société*, à chaque médecin.

1° Élévation du taux des honoraires selon les clientèles de 2 à	3.000 fr.
2° Diminution des impôts qui nous grèvent	50 »
3° Relèvement des honoraires médico-légaux, des certificats, etc.	50 »
4° Élévation des attributions fixes	200 »
5° Économies procurées par les Compagnies et fournisseurs communs	200 »
6° Diminution des pertes par la réclamation des honoraires et éloignement de la prescription,	mémoire
Total	3.500 »

Qu'on remarque que ces chiffres ne sont pas chimériques; nous demandons qu'on les discute et sommes certain de pouvoir les justifier.

Il suffit donc que *l'intérêt de société,* auquel nous faisons appel, nous donne les ressources indispensables pour fournir largement à nos besoins de publicité; au fonctionnement de notre journal; aux frais des réunions que nous devons multiplier; à la rétribution de tous nos collaborateurs; à la création d'institutions d'intérêt collectif; à la diffusion de brochures, etc. Nous aurons alors le pouvoir, sinon d'enrichir, du moins de rendre moins gênés ceux d'entre les nôtres qui ne possèdent rien, sans aggravation de leur pénible labeur, sans recherche d'une combinaison plus ou moins commerciale, sans aucune atteinte portée à la respectabilité de notre profession. Rechercher ainsi les moyens d'attenuer le malaise dû à l'encombrement et à la lutte pour l'existence est un but digne de tous les efforts.

Ces *économies* procurées, ces *revenus médicaux* accrus, seront le moyen d'arriver à cette *Assurance sur la vie* que nous rêvons pour tout médecin. C'est elle seule qui peut perpétuer *les familles médicales* qui disparaissent et disparaîtront de plus en plus, à cause de l'impossibilité où se trouvent la plupart des chefs de famille de suffire aux frais de l'éducation médicale de leurs enfants. Nous réclamerons la diminution de ces frais.

Si on veut faire appel à l'intérêt privé en dehors, absolument en dehors du *Concours médical*, nous dirons très prochainement à nos lecteurs ce que nous comprenons que peut entreprendre et ce que peut être assurée d'exécuter une Association de deux mille médecins qui aurait conscience de la puissance de ses ressources matérielles. Il nous suffira, en effet, de remarquer, comme nous le disions dans l'une de nos dernières réunions, qu'avec un capital moyen de vingt mille francs, provenant, non certes de l'exercice de leur art, mais du patrimoine ou de la dot, deux mille médecins possèdent au moins une fortune de quarante millions.

N'est-ce donc pas suffisant pour imiter les libraires qui ont créé le splendide cercle de la librairie; les Sociétés françaises et étrangères qui ont mis le crédit à bon marché à la portée de leurs souscripteurs.

Certes nous ne nous refuserions, pas à l'occasion, à faire examiner mûrement par nos conseils et à faire proposer par eux aux membres du *Concours médical*, des affaires de ce genre, individuelles et d'intérêt absolument privé. Dès que nous serions assuré de leur bien fondé, croyez bien qu'en y participant, nous accepterions sans hésitation de les leur proposer.

Oui, nous croyons qu'avec la volonté et la confiance réciproques, nous pouvons faire œuvre féconde, même au point de vue de l'intérêt privé. Il suffit pour cela qu'on nous aide avec la foi sincère, la foi qui agit et qui est la nôtre.

C'est celle que nous aurions tenté de vous inspirer, cher confrère, si nous avions pu vous dire, à la réunion, ce que nous vous écrivons aujourd'hui.

Agréez nos compliments confraternels.

Le Directeur, Dr A. Cézilly.

COURRIER

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Médecies et Bureaux de Bienfaisance

Monsieur et très honoré confrère,

Le cas de déontologie médicale qui vous est soumis par le Dr Joly (1) et par lequel vous sollicitez les observations de vos lecteurs, me parait susceptible d'une solution très simple.

Le Dr Joly, bien que passant assez souvent dans le village de Delette, où probablement il a un certain nombre de clients, ne paraît pas disposé à accepter la position amoindrie que refuse M. Faucon, et la commission administrative du bureau de bienfaisance le sait bien, puisqu'elle ne la lui offre pas. D'autre part, comme il n'est pas fait mention d'autre praticien fréquentant la même localité, nous devons admettre qu'il ne s'en trouve aucun à proximité qui soit en état de venir lui faire la concurrence. A eux deux, ils sont donc les maîtres de la situation, et par une commune entente il est impossible qu'ils n'arrivent pas à faire rétablir les choses dans l'état où elles étaient précédemment, et même à augmenter le traitement qui était affecté naguère à M. Faucon.

Pour cela, ce dernier n'a qu'à rester sur le terrain où il s'est placé, et M. Joly n'a qu'à suivre la même ligne de conduite.

Sauf, bien entendu, le cas où il y a urgence extrême, et pour lesquels aucun d'eux ne refusera de donner les premiers soins, sans hésitation ni marchandage, les deux devront faire la même réponse à qui viendra sonner à leur porte, et qu'ils sauront être inscrits sur la liste des indigents: « Je ne suis pas le médecin du bureau de bienfaisance de Delette. S'il y en a un, adressez-vous à lui, s'il n'y en a pas, demandez au Maire qu'il me garantisse par écrit, que la commune m'indemnisera de

(1) V. *Conc. méd.* no 32.

mes déplacements à raison de tant par visite, faute de quoi je ne puis consentir à aller vous voir que si vous me payez chaque fois au comptant. »

Que, si au contraire ils sont appelés au passage et arrêtés par les pans de la redingote, que nos confrères donnent de bonne grâce une première consultation, mais qu'ils préviennent qu'ils ne pourraient revenir et suivre la maladie qu'aux conditions précédentes.

Après quelque temps de cette manière de faire, soyez persuadé, Monsieur le Directeur, que la pression de l'opinion publique saura bien avoir raison des résistances du bureau de bienfaisance.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux et les plus dévoués. Dr F.

Membre adhérent du *Concours*.

CHRONIQUE

MÉDECINS DÉPUTÉS.

Aux élections législatives du 21 août dernier, trente-trois de nos confrères ont été définitivement élus dès le premier tour de scrutin. Voici leurs noms par départements :

MM. les Docteurs Soye (*Aisne*), Cornil (*Allier*), Mallevialle (*Aveyron*), Amagat (*Cantal*), Vacher (*Corrèze*), Bartoli (*Corse*), Even (*Côtes-du-Nord*), Theulier, Chavoix, Garrigat et Escande (*Dordogne*), Chevandier (*Drôme*), Vernhes (*Hérault*), Thomas (*Marne*), Souchu-Servinières (*Mayenne*), Liouville (*Meuse*), Turigny (*Nièvre*), Fréry (*territoire de Belfort*), de Lanessan, Frébault, Marmottan, Clémenceau et Villeneuve (*Seine*), Naquet (*Vaucluse*), Bourgeois (*Vendée*), Labuze et Donnet (*Haute-Vienne*), Paul Bert et Rathier (*Yonne*), Brousse et Forni (*Pyrénées-Orientales*), Pennières (*Corrèze*), Mas (*Aveyron*).

Tous, sauf le Dr Bourgeois, légitimiste, appartiennent à l'opinion républicaine.

Un officier de santé, M. Guyot, a été élu à Lyon.

Le deuxième tour de scrutin est venu grossir encore la phalange des médecins députés. Parmi les médecins élus au deuxième tour de scrutin, nous signalerons MM. les docteurs Gros-Burin, Bacquias, Lacote, Masleurat, Lannelongue, Bavoux, Mougeot, Ducoudray, Crestin, Chavanne, P. Dubois, G. Martin, et Ganne.

Treize de nos confrères ont été battus au premier tour : MM. Allemand, Chataignon, Bongrand, Vauquelin, Avenel, Le Maguet, Sturiné, Millot, Livois, Magnan, Brémond, Cancalon et Poulliot. Parmi ces derniers, quatre, MM. Le Maguet, Allemand, Livois et Poulliot faisaient partie de l'ancienne Chambre. M. Larrey ne s'était pas représenté.

Donc, par suite des nouvelles élections, la Chambre de 1881, comptera certainement plus de médecins que celle qui l'a précédée : c'est un grand honneur pour notre profession, espérons que ce sera aussi pour nous un grand soutien dans la poursuite de nos revendications législatives.

EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR UN INTERNE.

Un élève interne des hôpitaux de Paris ayant donné des soins à une dame, sur les indications d'un professeur de Faculté, et ayant, après avoir été reçu docteur, introduit contre son client une instance en payement d'honoraires, la septième chambre du tribunal de la Seine l'a débouté de sa demande. Le tribunal a jugé que la mission confiée par un professeur à un élève de donner certains soins à un malade, ne supplée pas au défaut de diplôme. (*Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*).

EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ

(Suite).

Il est tout d'abord évident qu'une ligne télégraphique n'est parcourue par le courant électrique que très peu de minutes par heure; pendant l'expédition d'une dépêche, il s'écoule toujours un temps plus ou moins long entre chaque signal ; en second lieu, le fil, entre deux postes, ne peut être utilisé que pour une seule dépêche à la fois; non que le courant ne puisse circuler en même temps dans les deux sens, mais chaque poste de départ, en lançant le télégramme, est obligé d'isoler son appareil récepteur du reste du circuit. On doit donc, pour accélérer la transmission des dépêches, se proposer un double but :

Ne laisser jamais chômer la ligne, et, par conséquent, intercaler entre eux les mots de télégrammes différents, lancés par plusieurs appareils transmetteurs suivant un ordre que le poste d'arrivée connaît, ce qui lui permet de débrouiller ensuite le sens de chacune des dépêches. En second lieu, pouvoir, par l'appareil récepteur de chaque station, rendu indépendant de l'appareil transmetteur, recevoir une dépêche en même temps qu'en lancer une autre, ce qui double de suite le rendement de la ligne.

Le télégraphe de M. Wheatstone et celui de M. Meyer, qui se trouvent dans la classe 6, réalisent le premier progrès. Celui de M. Meyer permet à six employés de transmettre en même temps leurs signaux intercalés suivant un ordre qu'une disposition automatique règle et indique elle-même au poste récepteur.

Le télégraphe de M. Elisha Gray, de Chicago, est encore plus curieux : les courants ne sont plus successifs, mais simultanés. Huit transmetteurs peuvent, en même temps, actionner huit récepteurs. M. Gray, qui a étudié d'une façon spéciale les transmissions électriques du son, — il est le premier inventeur des téléphones, — a remarqué qu'il suffit de disposer dans chaque transmetteur un diapason différent, et dans chacun des huit récepteurs correspondants, un diapason identique à celui du transmetteur, pour qu'un quelconque de ces derniers ne réponde qu'à la vibration du diapason frère. Le courant ne peut donc s'égarer sur un autre récepteur.

Cette solution est à coup sûr une des plus élégantes que l'on puisse imaginer.

Le second moyen pour accélérer la transmission des

dépêches, sans augmenter le nombre des lignes, est de beaucoup le plus heureux : il consiste à disposer les fils ou les appareils de telle sorte que le récepteur d'un poste, indifférent au courant électrique envoyé par ce poste qui lance une dépêche, reste sensible au courant inverse émis par le poste opposé, ce qui n'a pas lieu avec les télégraphes ordinaires, où l'appareil récepteur doit toujours être isolé du circuit. Une même station peut donc à la fois, comme nous l'avons dit, envoyer et recevoir un télégramme, grâce à cette disposition qu'on appelle le système duplex.

Le nombre des solutions de ce problème est très grand, et la classe 6 en contient plusieurs, aussi satisfaisantes les unes que les autres. Elles sont généralement basées sur l'idée de diviser, au départ, le courant sur deux fils et de lui faire traverser l'appareil récepteur du premier poste par les deux fils, suivant deux directions opposées, ce qui le laisse, en conséquence, indifférent ; tandis qu'à l'arrivée, les deux fractions du courant, par une disposition de fils inverse, parcourent l'autre récepteur dans le même sens, en ajoutant alors leurs effets. S'il en est de même à chaque poste, on voit que les transmissions de dépêches peuvent être simultanées entre leurs stations.

M. Wheatstone a cependant donné une solution encore plus originale, couramment employée actuellement dans certains pays, et connue sous le nom de Pont de Wheatstone. La description, quoique simple, en serait trop longue, et les visiteurs de l'Exposition en auront sous les yeux d'assez nombreux spécimens, pour qu'il suffise d'appeler leur attention sur cette ingénieuse disposition.

Le système duplex pouvant s'appliquer avec quelques modifications aux appareils de MM. Wheatstone et Meyer, par exemple, il est facile de multiplier déjà énormement le nombre des mots que transmet le télégraphe à cadran ordinaire ; mais le génie inventif des télégraphistes, lancé sur cette pente, ne s'est pas arrêté, et des appareils quadruplex ont été imaginés.

Les difficultés s'accroissent évidemment à mesure qu'on veut augmenter le rendement. M. Edison a cependant conçu un système quadruplex, que nous verrons, pour la première fois, exposé dans une des deux salles spécialement réservées aux inventions du célèbre ingénieur, et qui, paraît-il, fonctionne très bien. Le but est atteint, mais non sans grandes complications d'instruments.

C'est évidemment dans cette voie que devront se poursuivre les recherches de la télégraphie ; il nous fallait la signaler pour permettre d'apprécier les efforts dépensés et les résultats déjà acquis, que l'Exposition va définitivement consacrer.

La télégraphie sous-marine rencontre dans ses progrès des difficultés inconnues à la télégraphie aérienne. La plus grave est l'irrégularité de l'arrivée des signaux, par suite de la longueur de la ligne et de la quantité d'électricité qu'elle emmagasine avant de transmettre le courant au récepteur. Les appareils à cadran, le télégraphe de Morse, ne peuvent plus être employés ; leur fonctionnement est beaucoup trop lent.

Le *syphon-recorder* de M. Thomson, exposé dans la classe 6, est le seul appareil qui ait permis, jusqu'à présent, une transmission à peu près régulière. Il est basé sur l'envoi de courants électriques, tantôt dans un sens, et tantôt dans l'autre, courants qui, à l'arrivée, déplacent une aiguille dont la pointe trace une suite de sinuosités semblables à la représentation graphique d'une chaîne de montagnes ; la hauteur de chaque sommet correspond à un courant d'intensité particulière et répond à une lettre donnée. L'appareil est ingénieux, mais encore très imparfait, et les communications sous-marines ont besoin, pour pouvoir se développer, de grands perfectionnements.

VIII

C'est peut-être la classe 7 qui attirera à l'Exposition la plus grande foule, non que les appareils exposés ne soient pas les plus connus ; depuis deux ans, le téléphone a fait parler de lui, et chacun sait, pour en avoir usé, en quoi consiste cet admirable instrument ; mais la curiosité sera piquée à la vue des six petites chambres, tendues d'épais tapis pour amortir tous les bruits, et où chaque soir, s'entendront les artistes de la Comédie-Française interprétant, rue Richelieu, quelqu'une des pièces de leur répertoire, et, trois fois par semaine, les chanteurs, les chœurs et l'orchestre de l'Opéra. Voilà donc une nouvelle application du téléphone, et combien féconde ! Non seulement il nous est permis d'entendre la voix d'une personne qui parle dans l'embouchure de l'appareil, mais encore, grâce aux perfectionnements qu'a introduits M. Ader dans son nouvel appareil, nous percevons à quelques kilomètres ce qui se dit, alors même que la conversation n'est pas a notre intention.

Rappelons tout d'abord d'un mot, avant de nous étendre sur ce sujet, que le principe du téléphone est de recueillir les sons sur une plaque vibrant devant un aimant qu'un fil métallique entoure. Ces vibrations, en influant sur l'aimantation du barreau, déterminent dans le fil, une suite de courants électriques d'une extrême délicatesse, qui circulent jusqu'au poste d'arrivée, où leur action aimante un autre barreau ; celui-ci attire à lui une plaque identique à la première, et dont les vibrations sont naturellement synchrones. Le son est ainsi reconstruit à plusieurs kilomètres, et l'oreille, appliquée au récepteur, le perçoit très distinctement.

Mais comment nous expliquer qu'un téléphone, installé devant la loge du souffleur, puisse transmettre à distance les voix de tous les acteurs disséminés sur la scène ? Comment un ensemble aussi complexe de sons produits par les différents instruments de l'orchestre, le chant des artistes, les masses chorales, arrive-t-il au récepteur, a tel point qu'on peut distinguer le timbre des chanteurs, l'accord des violons, le bruit des pas des danseuses, et même les applaudissements de la salle ?

Le son arrive clair, métallique, un peu grêle, plus net dans les notes hautes, mais sans la moindre confusion, et l'harmonie reste parfaite entre les parties. En dire plus long est inutile, chacun voudra se rendre compte de ce curieux phénomène, et chaque soir les six salles ne désempliront pas.

C'est là en effet une curieuse application du téléphone et pleine de promesses pour l'avenir. Nous pouvons dès maintenant, en approchant le récepteur de notre oreille, entendre à distance un opéra ou une comédie : dans quelque temps, — et « l'électro-motograph » de M. Edison nous promet la réalisation de cet avenir avant peu, — plus ne sera besoin de ce geste fatigant. Les pieds sur les chenets, par un temps de bise, alors que le coin du feu a des charmes souvent victorieux, on pourra à volonté bercer ses pensées d'une douce mélodie : le soir d'une première, Paris tout entier, sans se déranger, partagera l'émotion des heureux à qui les places sont réservées, et les raffinés, associant entre elles des impressions semblables, prendront plaisir à entendre les duos d'amour de la

Comédie-Française, avec le doux accompagnement du deuxième acte de *Faust*, ou du quatrième des *Huguenots*. Notre siècle, tout prosaïque qu'il est, aura réalisé le rêve d'un de ses poètes : un spectacle dans un fauteuil.

Percevoir un son, grâce à un appareil transmetteur, un conducteur ou un récepteur, se comprend aisément, aujourd'hui; mais entendre ce qui se dit à plusieurs kilomètres, sans que rien ne relie les deux postes entre eux, c'est là un phénomène qui frappe davantage encore l'imagination, et que réalise cependant le *photophone* (classe 7).

Cet ingénieux appreil est fondé sur une propriété particulière d'un corps, le sélénium, que la lumière rend mauvais conducteur de l'électricité. Chaque fois qu'un rayon lumineux tombe sur une plaque de ce métal, le courant électrique qui le parcourt est interrompu. On peut donc concevoir, au poste de départ, un disque vibrant devant une source lumineuse, de façon à intercepter, à chaque son, un certain nombre de fois les rayons émis. Si aucun obstacle à la propagation de la lumière ne se trouve entre les deux stations, à chaque interception le courant électrique d'une pile, circule, au poste d'arrivée, dans un barreau de sélénium qui, dès que les rayons lumineux tombent librement sur lui, devient brusquement mauvais conducteur et l'interrompt. Ces émissions et ces interruptions de courant peuvent déterminer, comme dans le téléphone, les vibrations d'un disque métallique; par conséquent, elles produisent des sons semblables à ceux que l'on émet au poste de départ, et évidemment synchrones.

Nous nous sommes arrêtés sur cet appareil, non qu'il ait encore une utilité pratique, mais parce qu'il doit évidemment frapper l'atteution des visiteurs par son étrangeté et son apparence peu électrique.

A la téléphonie se rattachent nombre d'autres instruments qui ne peuvent prendre place dans cette étude générale : les microphones, par exemple, dont le but est, non pas d'amplifier les sons, comme on le croit généralement, mais de permettre aux bruits les moins perceptibles d'en créer, par des interruptions de courant, d'autres beaucoup plus étendus qui n'ont, comme tonalité, aucuu rapport avec les premiers.

Ne quittons pas enfin cette classe sans appeler l'attention sur une application toute nouvelle de l'électricité, encore purement théorique, et qu'on désigne sous le nom de *téléphotie*. Entendre au loin ne nous suffit plus; les propriétés remarquables du sélénium, dont nous venons de parler plus haut, nous mettent en goût : nous voulons *voir au loin*. Déjà les notions théoriques sont élucidées ; il ne s'agit plus que d'en trouver la réalisation pratique, et dans un temps qui compte les Gramme, les Edison, les Siemens, un problème posé est un problème résolu.

Nous pourrons un jour facilement voir à Marseille, comme nous pourrons y entendre, et repaître nos yeux du doux soleil du Midi, et de la luxuriante végétation de Nice, en grelottant sous la neige de janvier, au milieu des feuilles mortes et des branches chargées de givre : nous pourrons, par quarante degrés à l'ombre, nous offrir la vue originale et rafraîchissante d'une banquise de la mer Glaciale.

IX

Nous avons terminé la revue des applications industrielles de l'électricité qui dérivent de la transformation de l'énergie en mouvement : celles qu'engendre la transformation de cette même énergie en chaleur, n'ont pour nous ni moins d'actualité ni moins d'intérêt, ce sont la galvanoplastie et l'éclairage électrique.

Si un courant électrique peut être créé par la combinaison de deux corps, il est facile de comprendre que, sous cette forme, l'énergie ait la puissance de détruire l'affinité chimique, et de séparer deux éléments combinés. C'est, en effet, sur ce principe qu'est fondée la galvanoplastie.

On réduit, par un courant électrique, un sel métallique, de cuivre, d'or ou d'argent, de telle sorte que le métal se dépose sur le corps dont on veut recouvrir le surface, et qui est en communication avec un des pôles de la pile, tandis que l'acide se porte sur la lame en communication avec l'autre pôle; cette lame, attaquée par l'acide, est de même métal que celui qui entre dans la composition du sel; le bain ne s'appauvrit donc jamais, et le sel se reforme au fur et à mesure de sa dissociation.

Les colonnes, les statues, les plus fins objets, peuvent être ainsi recouverts d'une fine pellicule de métal, cuivre, or ou argent, et les résultats qu'on a atteints dans cette industrie en ont fait une des plus répandues et des plus lucratives.

De récents progrès qui, pour la première fois, croyons-nous, se produiront au Palais des Champs-Élysées, tendent encore à la transformer. Ce que nous avons dit plus haut prouve que le corps à métalliser doit être bon conducteur de l'électricité pour que le métal se dépose : il n'en est plus besoin, paraît-il, aujourd'hui; quelques exposants de la classe 11 nous étaleront des objets mauvais coudncteurs, des êtres organisés même, une grenouille, un scarabée, qui auront été galvanisés. Bien plus, le scarabée a, paraît-il, la vie dure, et cette galvanisation spéciale, dont le secret est mystérieusement gardé, dure peu de temps sans doute, puisqu'à peine retiré du bain, dès qu'on lui a brossé rapidement les pattes, pour ne laisser dans les articulations aucune trace de métal, l'insecte se met a marcher, tout brillant de cuivre, d'or ou d'argent, sans garder de ce traitement particulier d'autres impressions apparentes. Ces nouveaux perfectionnements peuvent amener à d'importants résultats, et l'on conçoit qu'une fine couche de métal, se moulant exactement sur les moindres contours, et protégeant du contact de l'air, puisse être, dans beaucoup de cas, un élégant antiseptique.

X

A coup sûr, l'Exposition d'électricité, dans chaque classe, présentera quelques séduisantes merveilles; les lecteurs qui nous ont suivi jusqu'ici peuvent s'en douter déjà; mais ce dont elle forcera à s'occuper davantage, grâce à l'intelligence avec laquelle toutes les dispositions ont été prises, ce qu'elle étalera avec le plus de profusion, dans la nef, dans la galerie circulaire et dans les salles, c'est l'éclairage électrique. Tous les soirs, les diverses lumières concourront ensemble à l'illumination de la nef; mais la lutte dans cet immense espace sera évidemment courtoise, les foyers électriques se venant mutuellement en aide, et les puissants prêtant leur éclat aux faibles. Chaque salle du premier, au contraire, sera un champ d'expérience; il n'est système auquel un enclos ne soit réservé : consciencieusement faite, une simple promenade permettra, par conséquent, la comparaison, et le succès d'une lampe se mesurera au nombre d'aveugles qui en sortant de chaque salle, demanderont leur chemin. Laissons passer le premier éblouissement, et cherchons

seulement pour aujourd'hui à classer les divers systèmes, à montrer leurs avantages généraux, les difficultés que leur application soulève, enfin leurs inconvénients, en attendant patiemment ces trois mois d'essais, la démonstration de leur supériorité ou de leur infériorité relative.

Lorsqu'un courant électrique circule dans un fil, il suffit d'interposer un corps mauvais conducteur, ponr que l'énergie se transforme en chaleur.

Si ce corps mauvais conducteur est l'air, c'est à-dire si le courant est interrompu entre les extrémités du circuit en regard (extrémités généralement formées de crayon de charbon), il se produit un arc lumineux, dit arc voltaïque, dont l'éclat est dû en grande partie à l'inflammation des poussières volatilisées qui se détachent peu à peu des extrémités du conducteur.

Si l'obstacle est un corps métallique interposé dans le circuit, la chaleur dégagée amène rapidement son incandescence et sa combustion plus ou moins lente.

Telles sont les deux grandes divisions à établir dans la lumière électrique. Chacun de ces modes d'éclairage s'effectue par des appareils spéciaux, les régulateurs et les bougies dans l'un, les lampes à incandescence dans l'autre.

Lorsque les pointes de charbon sont dans le prolongement l'une de l'autre, l'appareil est un régulateur, et ce que nous venons de dire de la désagrégation des charbons, qui se résolvent lentement en poussières charbonneuses, suffit à prouver la nécessité de ces mécanismes d'horlogerie, rapprochant les pointes au fur et à mesure de leur combustion, de façon que l'espace vide ait toujours la même longueur. Ces mécanismes compliquent infiniment l'appareil.

Si les charbons sont parallèles et séparés l'un de l'autre par une matière isolante, invention due à M. Jablochkoff, le rapprochement progressif est inutile, les charbons de la *bougie* restent jusqu'à leur complète extinction à la même distance. Mais il est à remarquer que l'arc voltaïque n'est plus aussi franc; la matière isolante s'échauffe peu à peu et donne alors passage au courant, qui détermine son incandescence. La bougie devient pour ainsi dire l'intermédiaire entre le régulateur et la lampe à incandescence.

Nous n'entendons pas décrire les nombreux systèmes que contient l'Exposition; bornons-nous à expliquer les différences qui signalent les deux grandes divisions que nous venons d'établir. L'éclairage par l'arc voltaïque a une puissance de beaucoup supérieure à celle de l'éclairage par incandescence, et la cause en est facile à concevoir; la résistance que l'air oppose à la circulation du courant est plus forte que la résistance de tous les corps solides, quelque mauvais conducteurs qu'ils soient. Il en résulte que si les régulateurs et les bougies ont un autre pouvoir éclairant que les lampes à incandescence, en revanche, il leur faut un courant électrique bien plus énergique. Tandis, en effet, qu'une batterie de 60 couples Bunsen est nécessaire pour produire un arc voltaïque égalant la lumière de 40 becs Carcel, c'est-à-dire de moyenne grandeur, 12 éléments suffisent pour alimenter une lampe à incandescence, dont le pouvoir éclairant maximum ne peut jamais être de plus de 15 becs Carcel. Ce résultat mériterait d'être pris en considération; il peut être avantageux, dans plusieurs cas, au lieu d'un énorme foyer de lumière, d'avoir un appareil moins puissant et consommant moins. Mais il est un autre côté par lequel se recommande ce second mode d'éclairage tout nouveau et encore inconnu du public.

Nous avons démontré qu'on a toujours avantage à créer de grandes usines, dans lesquelles de puissantes machines motrices engendrent des courants électriques qui se distribuent ensuite à volonté. La divisibilité du courant est, par conséquent, une solution d'autant plus désirable, que l'éclairage électrique a à lutter contre l'éclairage au gaz, dont un des grands avantages est la canalisation et la facile distribution; or, les lampes à incandescence permettent beaucoup mieux que les lampes à arc voltaïque cette divisibilité.

Il faut, en effet, à ces dernières, des courants électriques de grande intensité et de haute tension; ceux que les machines actuelles engendrent ne peuvent jamais avoir une intensité telle, que, fractionnée entre plusieurs foyers, elle puisse encore suffire à leur alimentation. On est donc obligé, de même qu'on étage les machines le long d'un cours d'eau de peu de débit, de placer toutes les lampes sur le même circuit et d'utiliser la même quantité d'électricité, dont la tension seule diminue à chaque foyer; encore, le nombre de lampes qu'on peut ainsi disposer est-il nécessairement limité. C'est cet inconvénient qui, tant que les machines magnéto-électriques n'ont pas été d'un usage courant, réduisait l'emploi de la lumière électrique aux simples expériences de laboratoire, ou à une utilisation spéciale comme l'éclairage des scènes théâtrales. Aujourd'hui une machine de Gramme, puissante, peut alimenter jusqu'à six ou huit régulateurs; mais, même avec d'énergiques courants, la divisibilité rencontre encore un obstacle : dans l'arc voltaïque, il se développe un courant secondaire, de sens contraire au premier, et dont la valeur n'atteint pas moins de 20 à 30 éléments Bunsen; c'est, par chaque régulateur ou bougie, une perte égale que subit inutilement le courant principal. Convenons, en outre, que pour le moment une distribution aussi réduite n'est pas encore un résultat satisfaisant.

(*à suivre*) GASTON SCIAMA.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Le 31 août 1881.

Monsieur et honoré confrère.

Malgré mon désir d'assister à l'Assemblée générale, il m'a été complètement impossible de m'absenter à cette époque, mais j'ai lu avec intérêt le compte-rendu que vous avez publié, et j'espère être plus heureux une autre fois.

Je n'ai pas abandonné l'idée de former un *syndicat* dans notre région, tout au moins pour les médecins de l'arrondissement de Riom, mais je pense qu'il vaudrait mieux que l'initiative vint d'un confrère habitant le chef-lieu de l'arrondissement, car à Randan nous nous trouvons sur les limites du département de l'Allier, et par conséquent un peu isolés.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr GUILLEMIN *(de Randan)*.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

17 Septembre 1881 — 3me Année. — No 38

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Bouley* a donné connaissance à l'Académie de Médecine d'une leçon qu'il a faite au Muséum sur *l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines*. Dès 1850, une commission nommée, sur la demande de M. Dumas, avait déjà conclu, à la suite d'une série d'expériences, que « l'inoculation du liquide extrait du poumon d'un animal malade de la péripneumonie investit l'organisme des animaux, auxquels on la pratique, d'une immunité qui les protège contre la contagion de la maladie. » Mêmes résultats ont été donnés en Belgique et en Hollande par des expériences analogues, en sorte que l'on peut aujourd'hui considérer comme acquis à la science les deux faits suivants : 1° « L'immunité est acquise par le fait de la maladie contractée dans les foyers d'infection, que cette maladie se manifeste avec tous ses caractères symptomatiques, ou qu'elle se dénonce seulement par des symptômes légers et éphémères (*état ébauché* de M. J. Guérin); 2° l'immunité est acquise par l'inoculation, quoique l'inoculation ne donne pas lieu à la répétition, sur l'organisme inoculé, d'une maladie symptomatiquement semblable à celle d'où procède le virus inoculé. » On voit de suite quel intérêt pratique la médecine humaine trouve dans les recherches de la pathologie comparée, qui vient aujourd'hui éclairer d'une lumière si vive toute cette question jusqu'ici très obscure des *vaccins*.

Ces expériences ont en outre démontré qu'il y avait, chez l'animal vierge de toute imprégnation virulente, des régions où l'inoculation était constamment mortelle, ce sont surtout les régions riches en tissu cellulaire, comme le fanon ; pratiquée au contraire au bout de la queue, dans un tissu très dense, l'inoculation est toujours bénigne et préservatrice : ces règles, dont il ne faut pas s'écarter, ont été tracées par le Dr Willems (de Hasselt).

M. Bouley a vérifié, en suivant rigoureusement ce procédé, l'exactitude de ces résultats sur un groupe de quatorze vaches, survivantes d'un troupeau, sur lequel l'inoculation avait été pratiquée, sans succès préventif, à la vacherie d'Auteuil.

Sur sept de ces vaches, aucun phénomène de réaction ne se produisit aux points de la deuxième inoculation ; donc immunité complète. Sur les sept autres, la deuxième inoculation a donné lieu à une petite réaction locale, moins considérable cependant que celle qui s'était produite après la première inoculation : il y a donc des degrés dans l'immunité acquise par l'inoculation, et, par conséquent, il est nécessaire de recourir au procédé des inoculations successives, si l'on veut être sûr de neutraliser d'une façon complète la réceptivité des organismes inoculés. — N'y a-t-il pas encore dans ce fait expérimental, un bon enseignement à tirer pour la médecine humaine?

D'une communication faite dernièrement à l'Académie des sciences par M. *Toussaint*, nous extrayons le passage suivant qui a trait aussi à cette question des vaccins et qui se recommande à l'attention des médecins vaccinateurs:

« Sur une vache tuberculeuse, j'ai institué, dit l'auteur, des expériences qui me paraissent avoir

une certaine importance au point de vue de la contagion qui peut résulter de la vaccination, lorsque le vaccin a été pris sur un sujet tuberculeux.

« Avec le vaccin recueilli sur une belle pustule d'un enfant en excellente santé et provenant de parents robustes, j'ai fait à cette vache sept piqûres autour de la vulve. Quelques jours après, les pustules se montraient en nombre égal aux inoculations. Le septième et le huitième jour, ces pustules étant ombiliquées, j'inoculai la sérosité à quatre lapins et à un porc; deux lapins, tués deux mois après, ont montré toutes les lésions de la tuberculose, tubercule local ganglionnaire et pulmonaire; le porc présente en ce moment un tubercule local bien développé : ii ne sera tué que plus tard, mais il est certain qu'actuellement il y a déjà généralisation et qu'il est tuberculeux.

« Au moment où la vaccination peut devenir obligatoire et avec les tendances actuelles, qui sont de faire passer le vaccin par les animaux de l'espèce bovine, il est nécessaire de bien choisir les sujets qui devront être les producteurs du vaccin. Ce n'est qu'après un sérieux examen de toutes les conditions par lesquelles a passé l'animal, qu'il pourra être inoculé et servir à la reproduction du vaccin. Cet examen devra aussi être fait chez tous les enfants ou adultes dont les pustules doivent fournir l'élément nécessaire aux vaccinations. »

Sans aucun doute, les conclusions de M. Toussaint engageront les vaccinateurs à user de la plus grande circonspection dans le choix du sujet vaccinifère, et, sur ce point, nous ne pouvons que féliciter l'auteur. Mais nous nous associerons aussi aux sages et judicieuses réserves de M. Vulpian, qui a justement reproché à M. Toussaint d'avoir choisi, pour une pareille expérience, des animaux comme le lapin et le porc, qui ont le triste privilége de devenir tuberculeux avec une remarquable facilité. — Il ne faut donc pas considérer la question comme résolue, et si de nouvelles expériences venaient confirmer, d'une façon inattaquable, les résultats annoncés par M. Toussaint, ce ne serait pas une raison pour abandonner la vaccine animale : il suffirait de l'entourer de précautions nouvelles qu'il ne serait pas bien difficile de s'imposer.

Un grand nombre de nos confrères ont dû recevoir, par l'entremise de leur préfet et de leur maire, communication d'une note émanant de l'autorité militaire et leur demandant d'assurer le service de santé militaire, « qui pourrait se trouver en souffrance par suite de l'envoi en Algérie des médecins des bataillons de forteresse. » Tous les médecins se seraient crus obligés de prêter leur concours et de remplir ainsi ce qu'ils considèrent comme un devoir envers la patrie : mais les termes beaucoup trop vagues de la circulaire en question ne pouvaient permettre à la plupart d'entre eux de s'engager à faire un service qu'on ne prend même pas la peine de leur désigner. L'administration a l'air de croire que le praticien est un rentier qui se promène pour les besoins de sa propre santé, qui accepterait avec indifférence de diriger sa promenade ici ou là, et que l'on pourrait peut-être même déplacer du jour au lendemain, une fois qu'il se serait engagé « à assurer le service médical dans les corps et les établissements de l'armée. » ....

Quand donc cette abstraction, que l'on nomme *l'administration*, voudra-t-elle tenir compte des obligations et des nécessités de la vie réelle et parler à ses administrés un langage plus pratique et plus compréhensible? Ce ne serait pourtant pas difficile : l'autorité militaire recommande en effet aux maires de « consigner très exactement, sur le *cadre ci-joint*, les noms et prénoms des médecins, leur titre et leur domicile (*commune*, *n°*, *rue*), » pourquoi n'a-t-elle pas elle-même commencé par *consigner très exactement*, dans sa circulaire, la nature et les conditions du service qu'elle réclame de nous? Si ce service est compatible avec nos obligations professionnelles, chacun de nous s'empressera de l'accepter; mais il n'est jamais superflu, il nous semble, de savoir à quoi l'on s'engage. Dr J. Geoffroy.

MEDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC DES MALADIES DU FOIE EN GÉNÉRAL

Autant les moyens physiques d'exploration nous rendent de services dans le diagnostic des affections du poumon et du cœur, autant ils sont infidèles quand il s'agit de rechercher celles du foie. L'auscultation, ce merveilleux instrument d'investigation dans les maladies cardiaques ou pulmonaires nous fait ici complètement défaut; la percussion et la palpation, utiles sans doute, sont, comme nous le montrerons, trop souvent rendues impuissantes ou trompeuses pour telles ou telles raisons de conformation anatomique. Il en résulte que le médecin n'est souvent mis que par hasard sur la piste d'une maladie du foie, et c'est naturellement

dans celles qui déterminent de l'ictère que son attention est plus tôt arrivée de ce côté. Mais il en est de l'ictère comme de l'albuminurie dans les maladies du rein, c'est un symptôme qui peut manquer ou être très fugace, qui peut être déterminé aussi par la souffrance d'autres organes, et qui, par conséquent, ne saurait avoir de valeur pathognomonique.

Sans doute quand nous nous trouvons en présence d'un malade qui a de l'ictère, une douleur dans l'hypochondre droit, et qu'une déformation apparente siège dans cette région, notre première idée est en faveur d'une affection du foie, mais combien ces cas typiques sont rares, et combien il importe d'avoir présente à l'esprit toute la gamme des troubles fonctionnels si variés qui ressortissent à une lésion hépatique ?

Il est incontestable que toute maladie du foie donne lieu, de prime abord, à des *désordres gastro-intestinaux*; mais peut-on distinguer les troubles digestifs dépendant d'une affection hépatique, de ceux qui résultent, par exemple, d'une lésion de l'estomac ou d'une maladie générale comme la tuberculose ou la chlorose? L'affirmer serait faire preuve d'outrecuidance clinique.

Monneret pensait qu'il existe toujours un dégoût précoce pour la viande, mais cette anorexie spéciale s'observe d'aussi bonne heure dans le cancer de l'estomac. Il est plus légitime d'attacher une certaine importance à des signes de dyspepsie ne survenant que deux ou trois heures après les repas, c'est-à-dire au moment où la bile doit intervenir et jouer son rôle dans l'acte digestif. C'est alors que les malades se plaignent d'une sensation de barre sur l'estomac qui persiste plusieurs heures et s'accompagne de borborygmes et d'éructations acides.

La constipation est la règle au début de la cirrhose et du cancer du foie ; à une période avancée, la diarrhée est plus fréquente ; on observe encore souvent l'alternative inexpliquée de ces deux symptômes.

Un état nauséeux habituel, des vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires et muqueux trahissent une action réflexe irritante sur les extrémités terminales du nerf pneumogastrique. C'est un exemple de cette synergie morbide en vertu de laquelle toute maladie d'un des organes qui sont sous la dépendance de ce grand nerf retentit sur les autres. Les faits qui mettent en lumière cette influence réciproque des maladies du cœur, des poumons, du foie et de l'estomac sont nombreux; nous en avons déjà relevé quelques-uns dans nos articles sur l'angine de poitrine, sur l'asystolie. — Comment expliquer, sinon par ce mécanisme, les *palpitations cardiaques*, signalées par Murchison comme fréquentes chez des malades atteints d'affections hépatiques, et dans des cas où ni le volume du foie, ni le ballonnement de l'estomac n'étaient suffisants pour gêner mécaniquement le cœur dans son fonctionnement?

La *dyspnée* n'est pas rare, que le diaphragme soit gêné matériellement par un foie hypertrophié, ou qu'un travail inflammatoire de périhépatite détermine une assez vive douleur dans l'hypochondre droit oblige le malade à ne faire que des inspirations courtes et saccadées.

Un phénomène très intéressant à signaler est une *toux* sèche, brève et persistante, alors que l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire. On a cité l'observation d'un malade revenant des pays chauds avec toux permanente, diarrhée et amaigrissement, qui fut d'abord considéré comme tuberculeux, lorsque plusieurs évacuations de pus par les garde-robes, suivies de la cessation de la toux et de la guérison, légitimèrent le diagnostic défininif d'abcès du foie.

Tous les signes prédédemment mentionnés n'ont pas, même réunis, la puissance de mettre le médecin sur la voie d'une maladie du foie; il en est tout autrement de *l'ictère* qui, s'il n'est pas pathognomonique d'une affection primitive du foie, indique tout au moins que cet organe est en cause et impose la nécessité d'en pratiquer l'exploration. Il importe ici toutefois d'établir une distinction entre les ictères véritables et les pseudo-ictères, — car on ne saurait plus admettre aujourd'hui, après tant de travaux auxquels est lié le nom du regretté professeur Gubler, que toute coloration jaune de la peau suppose le passage de la bile dans le sang et implique invinciblement une altération du foie.

Rappelons que, d'après Gubler, l'ictère vrai ou *bibiphéique* se traduit, outre la coloration des téguments et des conjonctives, par la teinte brune de l'urine avec reflets verdâtres, et que l'addition d'acide nitrique décèle la présence du pigment biliaire dans celle-ci en la colorant en vert, puis en bleu, violet et rouge, au fur et à mesure des oxydations de la matière colorante. — Mais il existe des ictères *hémaphéiques* dans lesquels la coloration de la peau est moins foncée; les urines sont d'un rouge sombre, comparables à la bière forte; elles font, sur le linge, des taches non pas verdâtres, mais couleur jus de melon ou chair de saumon.

L'acide nitrique n'y fait pas apparaître la coloration verte caractéristique du pigment biliaire, mais une teinte obscure rouge acajou.

Ce pseudo-ictère trahit seulement la destruction rapide d'un grand nombre de globules rouges du sang et la mise en liberté de leur matière colorante, l'hématosine, qui, charriée dans le système circulatoire au lieu d'être transformée en pigment biliaire par le foie, imprègne l'organisme. On comprend que ce symptôme puisse apparaître dans plusieurs états morbides où le foie n'a pas grand chose à voir et ne soit par conséquent pas l'indice irréfutable de la souffrance de cet organe.

Cette distinction établie, affirmons donc que l'ictère vrai est un signe absolu d'une affection du foie, et nous aurons l'occasion d'insister dans un prochain article sur la lithiase biliaire, sur l'importance qu'il y a à rechercher le pigment dans l'urine chez certains sujets soupçonnés de coliques hépatiques pseudo-gastralgiques. — Mais dans des cas nombreux où le foie est gravement lésé, jamais on ne rencontre d'ictère, et l'on est exposé à méconnaître le point de départ de la souffrance générale de l'organisme. Il n'existe point de douleur, point de fièvre, sinon quelques accès réguliers, mal carac-

térisés, fugaces; pourtant la santé générale périclite, et, la langue étant sèche, surtout si on se trouve en présence d'un vieillard, on doit songer à une affection latente soit du foie, soit des reins. Il convient alors de pratiquer l'examen de l'urine, et, si l'acide nitrique n'y révèle pas de pigment biliaire, il ne faut pas se contenter d'une analyse aussi sommaire : après les remarquables travaux de Murchison, Charcot et Brouardel sur la fonction désassimilatrice du foie, il n'est plus permis de négliger le *dosage de l'urée* excrétée. — On nous objectera que tout praticien n'est pas en état de faire cette petite opération de chimie médicale, — objection de peu de valeur : car il existe des appareils très simples, notamment ceux de Regnard ou de Noël, dont le maniement s'apprend en quelques minutes et qui, sans fournir de résultats mathématiques, donnent un dosage approximatif très suffisant en clinique. Aussi croyons nous que cette insignifiante opération du dosage de l'urée devrait devenir aussi répandue que la recherche de l'albumine. — Or, pour en revenir à notre diagnostic, nous rappellerons qu'il ressort des recherches de Brouardel notamment, que, dès le début de toute affection organique du foie, l'entrave apportée à la fonction désassimilatrice de cet organe, amène une diminution considérable dans les proportions d'urée excrétée, celle-ci pouvant descendre de 25 et 30 gram. par vingt-quatre heures, chiffre physiologique moyen chez l'adulte, à 5 ou 6 gram., parfois moins. Si, au lieu d'être atteint profondément dans sa texture, le foie n'est qu'irrité superficiellement, comme dans la congestion simple et aiguë, l'exaltation de ses fonctions physiologiques se traduit par un excès d'urée.

D'autres signes ne permettent plus de douter qu'on ne soit en présence d'une maladie du foie : ainsi *la dilatation des veines superficielles de l'abdomen*, accompagnant *l'ascite*, trahit une gêne dans la circulation du système porte, celle-ci pourrait peut-être dépendre de toute tumeur autre que le foie comprimant la veine porte, mais si elle est jointe à un développement de l'abdomen chez un individu amaigri, sans œdème des jambes, si surtout de fréquentes hémorrhagies apparaissent, épistaxis, ou melæna, il y aura tant de probabilités en faveur d'une cirrhose, qu'il ne restera plus qu'à pratiquer la palpation et la percussion du foie et de la rate.

C'est alors qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit les nombreuses causes d'erreur que présente l'exploration du foie et qui peuvent conduire à admettre une maladie de cet organe alors qu'elle n'existe pas. — Voici d'abord les circonstances qui pourraient en imposer pour l'hypertrophie du foie. Chez les femmes multipares dont les parois abdominales sont flasques, la chute des intestins vers les parties déclives fait basculer le foie dont le bord tranchant se trouve abaissé et dont la face supérieure vient se mettre en contact avec la paroi dans une étendue considérable, de sorte qu'on peut avoir, par la percussion, une matité de 20 centimètres. Un déplacement analogue s'observe chez les rachitiques, les sujets atteints de scoliose, ou par la pression prolongée du corset. — Un épanchement pleurétique droit, l'emphysème, une collection purulente enkystée entre la face convexe du foie et le diaphragme (péritonite sous-diaphragmatique circonscrite) peuvent encore, en abaissant le foie, le faire paraître hypertrophié.

Dans d'autres circonstances, un météorisme considérable de l'estomac ou des intestins, refoulant le foie sous les fausses côtes, pourra en simuler l'atrophie ; certaines malformations congénitales (atrophie d'un lobe, foie trilobé), ou acquises (foie cordé de Frerichs, par abus d'un corset trop serré), pourront en imposer pour les déformations pathologiques du cancer, des kystes ou de la syphilis.

Il faudra encore écarter d'autres causes d'erreur possibles avant d'admettre l'affection hépatique et songer aux abcès migrateurs venus des vertèbres dorsales atteintes de mal de Pott, aux cancers de l'épiploon, au cancer du rein droit, aux tumeurs de l'ovaire, qui, d'ailleurs, amènent surtout le développement de la région sous-ombilicale et pour le diagnostic desquelles le toucher vaginal sera indispensable.

Enfin nous ne parlons que pour mémoire des difficultés réelles que peut opposer à l'exploration l'épaisseur et l'adiposité des parois de l'abdomen et la contraction des muscles abdominaux; pour vaincre cette dernière on ne devra jamais négliger de faire ouvrir la bouche au malade et de lui faire mettre les cuisses dans la demi-flexion, en l'engageant à lever les genoux pendant qu'on palpe. Un petit artifice de palpation, qui nous a souvent rendu service pour l'appréciation de la consistance du foie consiste, après avoir commencé à déprimer doucement la paroi abdominale avec l'extrémité des doigts, à continuer brusquement, quoique sans brutalité, le même mouvement et à attendre le choc en retour qui ne manque pas de se produire.

Quand par la réunion de tous les signes que nous avons rappelés on en est arrivé à la conviction qu'il existe une affection organique du foie, il reste à en déterminer exactement la nature, cirrhose, lithiase, cancer, kyste, etc. On comprend qu'il nous est impossible de passer en revue dans un article aussi général les symptômes particuliers à chacune de ces maladies ; nous les avons indiqués déjà pour la cirrhose, nous le ferons bientôt pour la lithiase. Mais en tout cas, nous croyons que le plus important sera fait, quand on sera certain que c'est dans le cercle des affections hépatiques que l'inconnue clinique devra être cherchée. Sans doute à une période avancée de n'importe quelle affection vulgaire du foie, aucun médecin digne de ce nom ne se trompera ; mais alors, bien souvent, il est trop tard pour instituer une thérapeutique fructueuse. Ce qui est vraiment utile et honorable pour un clinicien, c'est d'arriver à soupçonner l'apparition d'une maladie aussitôt que possible, et lorsqu'il y a encore quelque chose à espérer d'un traitement bien dirigé. A ce point de vue nous serions heureux que cet essai imparfait de séméiotique générale pût rendre quelques services à nos lecteurs. PAUL GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale.

DEUXIÈME PARTIE : HUITIÈME LETTRE

MÉDECINE ET PHARMACIE.

Nous avions encore à traiter quelques points spéciaux de l'exercice de la médecine pour épuiser le sujet, mais nous pouvons, sans inconvénients, remettre à plus tard ce complément de la question ; ce sont là des choses qui ne regardent que nous et nous aurons toujours le loisir de les remettre en discussion.

La question Médecine et Pharmacie est plus brûlante, nous le savions dès longtemps, et ce n'est certes pas la réunion du 14 Août qui nous fera changer de sentiment.

Nos pseudo-confrères, les Pharmaciens, ont pris la chose assez mal : comment ! le corps médical va s'aviser de s'occuper des affaires de la Pharmacie ! Mais c'est l'abomination de la désolation prédite par l'antique prophète !

Loin donc de se joindre à nous pour discuter sérieusement les avantages et les inconvénients de telle mesure, pour rechercher, de bonne foi et sans passion, la solution la plus équitable pour tous, ils ont poussé les hauts cris, voué le *Concours* aux Dieux infernaux et malmené ses membres un peu davantage !

Nous avons reçu sur les rapports de la médecine et de la Pharmacie des communications nombreuses, émanant de sources diverses : tâchons de les résumer.

Honneur à nos adversaires, commençons par les pharmaciens, car il en est parmi eux, et nous les en remercions sincèrement, qui ont bien voulu entrer en correspondance avec nous.

L'un d'eux, que sa situation particulière nous empêche de désigner, se borne à quelques arguments *ad hominem* :

« Vous ne pensez pas librement, dit-il; pour bien juger la question, il ne faudrait être ni médecin ni pharmacien, il faudrait surtout ne pas vivre de sa profession. »

Nous avouons ne pas comprendre quelles lumières pourraient apporter sur cette question des gens qui lui seraient tout à fait étrangers, mais ce n'est là, chez notre honorable contradicteur, qu'une manière de s'exprimer, et sa pensée se traduit plus fidèlement lorsqu'il ajoute : *il faudrait ne pas vivre de sa profession.*

Eh bien ! qu'il nous permette de le lui dire, il se trompe encore ici : la question ne peut être fructueusement débattue qu'entre médecins et pharmaciens en exercice. Ceux-ci sont aux prises avec les difficultés de chaque jour, les faits particuliers abondent entre leurs mains, ils sont les véritables intéressés et seuls ils connaissent à fond le sujet. Nous croyons ne pas être dans l'erreur quand nous affirmons qu'ils se soucient fort peu des considérations aussi philosophiques que peu pratiques exposées autour d'un tapis vert par des gens *désintéressés*, guidés souvent par un système préconçu et tout disposés *à marier le Grand Turc avec la République de Venise* !

Notre contradicteur, quelques lignes plus loin, nous reproche d'avoir, dans nos assertions, donné autant de vrai que de faux, ce qui est exact faisant croire à l'exactitude de ce qui ne l'est pas.

Nous nous contentons de cette seule phrase pour montrer combien il serait dangereux de laisser traiter cette question importante des rapports de la médecine et de la pharmacie par des personnes désintéressées : si notre contradicteur n'était pas seulement pharmacien *in partibus*, il saurait parfaitement que de tous les faits, de tous les abus que nous avons signalés, pas un seul ne peut être démenti; il saurait que la vérité est bien au-delà de ce que nous avons dit; il saurait enfin que si nous avons mérité quelque reproche, c'est d'avoir atténué les dépositions que nous avons reçues.

Il le saurait, ce qui ne veut pas dire qu'il l'écrirait; mais il garderait sur ce point le silence, comme ses confrères qui écrivent dans les journaux de pharmacie.

Le jour où l'on voudrait dire la vérité, toute la vérité, même rien que la vérité, il y aurait, je suis en cela d'accord avec lui, des choses dures à lire pour certains. Sans donc entrer dans le détail des faits personnels, et, qu'on le croie, pénibles à exposer, qu'on aborde sérieusement et de bonne foi la question, qu'on reconnaisse hautement la légitimité des griefs, d'où qu'ils viennent ! Il sera toujours temps, si l'on conteste un fait, d'en administrer la preuve.

Qu'on se dise bien surtout, qu'une solution entre intérêts différents ne peut être obtenue que par des sacrifices réciproques et qu'on n'oublie pas qu'entre pharmaciens et médecins il est un autre intéressé qu'on ne saurait négliger, le public !

On ne trouvera peut-être pas superflues ces recommandations, quand nous aurons ajouté que le même correspondant nous accuse de ressembler *à certains pharmaciens qui veulent tout pour eux, guidés, sans qu'ils s'en doutent, par le seul intérêt personnel.*

Quelle thèse soutenions-nous donc ?

Nous disions : le pharmacien réclame le droit de débiter librement, sans ordonnance et sous sa responsabilité, tous les médicaments, — soit, mais le médecin, par contre, aura le droit de fournir à ses malades les remèdes divers qu'il jugera nécessaires.

C'était là notre opinion personnelle : nous savions qu'elle n'aurait probablement pas beaucoup de chances de prévaloir, mais comme elle était logique, nous l'exprimions franchement; c'était la liberté pour tous.

En quoi donc notre contradicteur voit-il que ayons été guidé par un intérêt personnel ?

Peut-être suppose-t-il, qu'en guerre déclarée

avec le pharmacien de notre région, nous ne songeons qu'à lui porter préjudice et à accroître nos recettes médicales des recettes de la pharmacie?

Il est toujours fort désagréable d'insister sur des questions personnelles, mais, puisque l'attaque est venue de plusieurs points différents, nous voulons une fois pour toutes y répondre catégoriquement :

Tenant la pharmacie et ne pouvant pas ne pas la tenir (car un pharmacien ne gagnerait pas sa vie), nous n'aurions absolument rien à attendre de la réforme que nous proposions. Disons de plus, qu'il faut exercer à la campagne, pour connaître certaines faces de la question absolument ignorées dans les villes où la concurrence soustrait toujours un peu le médecin à l'omnipotence tyrannique du pharmacien.

Nos confrères voudront bien nous pardonner de nous être ainsi personnellement mis en cause : il fallait montrer que nous avions quelque droit à la parole, sans pour cela n'obéir qu'à l'intérêt personnel.

Et maintenant passons à un autre sujet.

Un second correspondant nous vante les avantages de l'accord parfait entre le médecin et le pharmacien : c'est là, pour lui qu'est la véritable solution, c'est là qu'il faut tendre.

Nous trouvons dans sa lettre l'expression d'excellents sentiments, mais il ne doit pas ignorer qu'on risque fort de faire fausse route lorsqu'on se laisse guider par les seuls sentiments.

Nous ne doutons pas qu'à *Salente* sa théorie n'eût été reconnue parfaite, mais nous ne vivons pas dans la république de Salente et force nous est bien de rester dans le domaine de la réalité.

M. Baudry, pharmacien à Montaigu (Vendée), avec une convenance et une modération à laquelle nous nous plaisons à rendre justice, vise principalement la lettre si intéressante que nous a écrite *un médecin d'occasion* et que nous avons publiée à l'époque.

Dire qu'il récuse tous les points exposés dans cette lettre que nos confrères feront bien de relire, serait certainement exagérer : M. Baudry n'y veut voir que de très rares exceptions relevées par un compère que nous sommes heureux de citer.

Que pensera M. Baudry, quand nous lui dirons — nous allons commettre une grosse indiscrétion — que ce fameux médecin d'occasion est un de ses confrères, pharmacien des plus honorables, membre du jury d'inspection des pharmacies, etc.

Que pensera-t-il quand nous lui dirons que ce pharmacien, avec lequel nous discutons depuis longtemps, sans pourtant, il faut l'avouer, nous rencontrer sur un autre terrain que celui de la bonne foi et de la plus parfaite cordialité, qui soutient contre nous et nos idées la lutte la plus franche et nous accuse d'être trop dur pour ses confrères — que ce pharmacien, disons-nous, sommé par nous d'endosser pour un instant la peau d'un médecin et surtout d'un médecin de campagne, n'a pas trouvé autre chose à nous écrire que la lettre publiée par nous?

Sa compétence, qui la récuserait? Qui suspecterait sa bonne foi? Qui l'accuserait de prévention lorsqu'il traite les pharmacies de campagne de véritables capharnaüms, hors d'état de fournir au médecin ce qu'il en peut attendre?

Qu'il existât, parmi les pharmaciens, des hommes consciencieux, sérieux, de véritables savants — qui donc l'a jamais nié?

Ce n'est certes pas nous. Mais nous prétendons, avec notre *confrère d'occasion*, que la pharmacie, telle qu'elle existe aujourd'hui, est une institution qui ne répond plus aux besoins de l'époque; nous pensons qu'elle réclame une réforme radicale, et que c'est en vain qu'on pousserait cette réforme dans un sens opposé à celui de la liberté.

Nous aurons d'ailleurs, en étudiant les diverses solutions proposées, l'occasion de revenir sur ce sujet; qu'il nous suffise, pour terminer cette lettre, de réfuter encore une fois une idée qu'on s'efforce de faire accepter du public et qui n'est rien moins qu'un axiôme.

M. Baudry la formule en des termes que nous n'avons qu'à reproduire :

« En demandant pour les médecins le droit de fournir des médicaments en toute liberté, vous arriverez non-seulement à la suppression de la pharmacie, mais à la déconsidération de la médecine... avez-vous jamais pensé à la déconsidération qui retomberait sur vous? Le public, Monsieur, ne se fera jamais à l'idée que le même homme, l'homme savant qui diagnostique sa maladie, puisse lui délivrer, *comme un vulgaire charlatan*, la drogue qui doit le guérir. »

Eh bien! non, nous n'admettons pas cette prétendue déconsidération. Nous ne l'admettons pas et nous ne saurions l'admettre :

Scientifiquement, parce que l'homme qui diagnostique une maladie et constate une indication thérapeutique, est et doit être responsable devant sa conscience des moyens qu'il emploie, et que cette responsabilité est illusoire s'il est tenu d'accepter, les yeux fermés, un produit qu'il ne peut contrôler;

Moralement, parce que la responsabilité en question incombe à lui seul et que, s'il est regrettable de lui voir rejeter cette responsabilité sur un autre, il est non moins pénible, pour lui, de voir ses efforts rendus vains par la mauvaise qualité du remède qu'on lui a fourni;

Moralement encore et d'une façon plus générale, parce que l'honnêteté contraint au respect et à la considération. Non, vous aurez beau dire, vous ne diminuerez jamais l'homme qui exerce en conscience la plus belle des professions et, vous pouvez nous en croire, ce n'est pas le fait de délivrer un médicament quelconque qui changera à son égard le sentiment public!

Est-il plus exact que nous cherchions à détruire la pharmacie? — En aucune façon; nous le prouverons dans nos prochaines lettres.

D[r] A. Gassot, *de Chevilly.*

II

Monsieur et très honoré confrère,

Chaque année, à cette époque, j'étais indigné de

la répétition du même abus, et comme il n'est pas douteux qu'un grand nombre de mes confrères aient les mêmes plaintes à formuler, je prends le parti d'être leur interprète, en vous exposant mes griefs, dans l'espoir qu'il sera facile aux membres du *Concours,* unis dans un même but, aidés des conseils de votre comité de déontologie, d'empêcher, à l'avenir, la reproduction très regrettable de pareils faits.

Ce sont les agissements de certains médecins consultants aux stations thermales, balnéaires ou hydrothérapiques, qui, aujourd'hui excitent mon trop légitime courroux. Après avoir épuisé les médications usitées dans le traitement d'une affection chronique, il est tout naturel de songer aux Eaux thermales. Pour cela, force est bien de nous démettre de notre fonction entre les mains du médecin des Eaux. Mais il va sans dire que nous n'abandonnons notre client que pour un temps limité, qu'à son retour nous reprenons tous nos droits et que le confrère auquel nous l'avons confié, exclusivement pour appliquer le traitement thermal, voit son mandat expirer le jour où le malade guéri ou non, boucle ses malles et dit adieu aux naïades bienfaisantes et à leur docte ministre. Tout au plus peut-on admettre qu'il donne des conseils au sujet de l'emploi ultérieur des Eaux qu'il connaît, dans le cas où la prolongation de la médication thermale intus ou extra lui paraîtrait utile à domicile. Là, en toute loyauté, devrait se borner son intervention, après le départ du client.

Mais il n'en est malheureusement pas ainsi, en général.

Presque tous nos malades, au retour des Eaux, sont munis d'une longue ordonnance prescrivant toutes sortes de médicaments plus ou moins hétéroclites, souvent des innovations pharmaceutiques, dans le but évident d'exciter la facile admiration des profanes, ajoutant l'hygiène et le régime à suivre, comme si le médecin traitant était un ignorant incapable de donner encore des conseils rationnels, insuffisamment au courant de la science, et à peine digne d'expliquer la savante prose du célèbre médecin des Eaux.

Cela est-il conforme aux principes les plus élémentaires de la déontologie médicale? Est-ce même d'accord avec les véritables intérêts du malade? L'évolution morbide suit-elle, à l'instar des phénomènes astronomiques, un cycle si parfaitement constant qu'il soit possible de tracer, sans inconvénients, les phases d'un traitement à longue échéance? Ne peut-on supposer, avec apparence de raison, que le médecin qui agit ainsi, n'a d'autre mobile que l'amour du lucre, et que, désireux de faire payer fort cher le prix de sa consultation, il veut avoir l'air d'en donner au client pour son argent? Comment ne sent-il pas que sa conduite est une usurpation aussi déloyale qu'inconvenante?

Telles sont, Monsieur et cher directeur, les questions que je voudrais adresser à la réunion de mes distingués confrères qui font partie des commissions d'études.

S'ils partagent mon sentiment de blâme, il y aurait lieu de chercher un remède à l'abus que je signale, avec toute la réserve commandée par la bonne confraternité, et en tenant compte de cette circonstance atténuante que nos confrères ne sont pas si coupables qu'ils en ont l'air, qu'ils agissent certainement d'une manière inconsciente, ne faisant qu'obéir au courant d'une certaine mode, et qu'il suffira d'appeler leur attention sur l'objet de ma réclamation pour obtenir d'eux pleine et immédiate satisfaction.

Autre chose. Quand nous faisons un mémoire des honoraires dus pour frais de justice criminelle, le parquet exige que nous copiions au *verso* le réquisitoire de l'autorité requérante et l'exécution du président du tribunal. Voilà selon moi une chose intolérable, et que nous devons nous attacher à combattre de toutes nos forces? Sommes-nous des scribes, des greffiers? Nos honoraires sont-ils donc si élevés qu'on nous impose encore une corvée qui incombe certainement au greffier du tribunal ou à l'un de ses commis? A noter dans le cahier des doléances du corps médical.

Agréez, etc. Dr Poulet,
à Plancher-les-Mines.

III

LOI ROUSSEL

Relativement à la loi Roussel, je dois dire que, dans l'Isère, ce service est très onéreux pour les médecins-inspecteurs, par la raison que l'on a complètement oublié de nous faire parvenir nos mandats de paiement. Depuis que je suis nommé, j'ai donc fait le service gratis.

D'après ce que vient de me dire mon confrère, le Dr Gaston, conseiller général pour le canton de Voiron, il est question de modifier le service. Au lieu de recevoir 8 francs par an et par tête de nourrissons, nous tomberions à 1 franc par visite et par nourrisson visité; de sorte que s'il y en a une douzaine dans la même commune, notre déplacement nous rapporterait 12 francs chaque mois pour cette commune, ce qui me paraît plus équitable.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Boucher, 5, rue de Vaucanson, à Voiron (Isère).

COURRIER

Mon cher Directeur,

Dans le dernier numéro du *Concours Médical*, je lisais avec un grand plaisir mêlé néanmoins de cuisants regrets, l'article si vif, si humoristique, si vrai du Dr Sparadrap; bien certainement cet observateur si fin a dû passer par chez nous, et entendre de ma bouche le fait suivant que je vous demande la permission de citer à nos confrères du *Concours Médical.*

Otez le gendarme avec son procès, que Bisson devienne Legoux, et vous aurez pris sur le vif le *Chapitre deuxième des honoraires du Médecin de Campagne.*

C'était, il y a quatre ans. Je reçois, un Dimanche, vers midi, une dépêche expédiée de

Rozières, (commune distante de six lieues d'Albert) et ainsi conçue :

« Venez immédiatement — domestique jambe broyée vous attends,

signé : ETIENNE. *Réponse payée*.

Je réponds immédiatement :

« Impossible aujourd'hui, — arriverai demain premier train. »

Et bien entendu j'adresse cette dépêche à M. Etienne à Rozières — Si je les relate, ces deux dépêches, c'est que dans l'action elles ont une importance très grande.

Le lendemain matin à mon arrivée, je prends la voiture faisant fonction d'omnibus, et me fais conduire auprès du susdit patron. Il profite même de ma présence pour me consulter sur l'état de sa dame, atteinte d'un kyste de l'ovaire et pour laquelle il a déjà, me dit-il, pris l'avis de plusieurs de nos confrères. Il me conduit ensuite auprès de son domestique qu'on avait transporté à son domicile, et au moment de procéder à l'opération il me supplie de l'excuser, car il ne se sent pas capable d'assister aux manœuvres chirurgicales. Faites, me dit-il en partant, tout ce que vous jugerez convenable, sauvez mon domestique, tous les frais sont à ma charge. »

Je dois vous dire que j'avais, pour m'assister un confrère du pays, qui avait assurément oublié pendant les années d'un trop long exercice des délicatesses de notre profession, et qui aimait à laisser croître autour de lui le chiendent de la jalousie.

Bref, par sept fois différentes, je parcourus cette distance de 25 kilomètres en y sacrifiant chaque fois une pleine journée.

Le succès de l'opération fut complet et à ma septième visite je priais mon vieux confrère de m'accompagner chez maître Etienne, à qui je tins le langage suivant : Votre domestique étant presque complètement guéri, je le remets aux bons soins de mon confrère***.

La dame au kyste me remercie en me faisant entendre toutefois que mes visites auraient pu être moins nombreuses. — En écoutant ma verte réponse, mon susdit Etienne se confond en excuses pour le manque de savoir-vivre de sa maladive moitié.

Il me demande la note de mes honoraires, se déclarant tout prêt à me payer séance tenante,

Suivant en cela les désastreuses habitudes de nos campagnes, et voulant consulter ce fameux confrère, je promis à maître Etienne de lui faire parvenir ma note sous peu de temps — Ce que je fis après deux mois mais sans jamais recevoir de réponse, d'où citation devant M. le Juge de Paix, qui n'était pas compétent, puisque je réclamais pour honoraires la somme de cinq cents francs. — Je porte la chose litigieuse devant le tribunal de Montdidier (Somme). — Mons Etienne affirme haut et ferme qu'il ne me connaît pas, qu'il ne m'a jamais vu, tout en sachant qu'un docteur d'Albert avait réduit la fracture de jambe de son domestique.

Il s'en battait les flancs, et n'avait rien à voir dans ma demande.

Et mon vieux confrère, qui m'avait accompagné dans ma dernière visite chez le susdit patron, qui l'avait entendu me demander ma note (ce dont il me félicita en sortant), eh bien, ce vieux confrère dévoré par *l'invidia pessima* délivrait à ce sacripant une lettre dans laquelle il déclarait ne pas se rappeler notre visite dernière à la maison du maître.

Je produisis les deux dépêches, la déclaration du porteur certifiant les avoir déposées à la maison du sieur Etienne; mais mon susdit Etienne nia quand même et la présence du Dr Legoux et les dépêches; et le tribunal dans sa haute justice lui déféra le serment, qu'il prêta avec une ardeur à nulle autre pareille.

Et pendant ce temps, l'âme en repos, la conscience tranquille, j'attendais chez moi le fameux jugement qui déboutait le Dr Legoux de sa demande et le condamnait à tous les frais.

Ci :	Honoraires..................	500 fr.
	Frais..........................	350
		850

Résultat final, perte 850 francs auxquels je devais ajouter sept jours d'abandon de ma clientèle, plus les frais de nourriture et de déplacement.

Aussi depuis ce moment, mon amour pour la justice n'a fait que croître et embellir, et j'ai, je vous jure, pour la chose jugée, juste le respect que j'accorde à mon trop fameux Etienne.

Eh bien, je vous l'avouerai, j'éprouve une âpre satisfaction, en tirant de ce fait la profonde moralité que j'emprunte au récit si vivant de notre honorable confrère Sparadrap.

Vous qui croyez encore à la reconnaissance,
Confrères, croyez-en ma vieille expérience,
Si vous ne voulez pas marcher toujours pour rien,
Ni faire des ingrats, prenez le bon moyen :
Faites-vous payer tôt c'est le moyen unique
Que je n'ai, par malheur, jamais mis en pratique.

Agréez, etc., etc. Dr LEGOUX

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Empoisonnement arsenical par les papiers peints. Moyen pratique de rechercher l'arsenic dans ces papiers. — Depuis que les médecins anglais ont attiré l'attention sur ce genre d'empoisonnement, on en signale de nombreux cas sur tous les points du globe. L'hiver dernier, le Dr John H. Clarke, dans *le Medical Times and Gazette*, avertissait les praticiens de l'extrême fréquence des malaises dus à l'insalubrité des papiers et étoffes qui décorent les appartements : il insistait sur ce fait, que ce ne sont point seulement les papiers verts qui sont dangereux, mais qu'on trouvait de l'arsenic dans certains papiers jaunes, roses, bleus et gris américains. Dernièrement deux autres médecins MM. Jolin et Nelander (de Syeden), ont publié des cas d'empoisonnement dans lesquels la présence de l'arsenic avait été constatée dans

l'urine des malades. Les journaux allemands du commencement de cette année se sont aussi occupés des accidents d'empoisonnement provoqués par des tapis et tapisseries ou tentures colorés avec des substances arsenicales. On a trouvé également de l'arsenic dans les urines de personnes couchant dans des chambres meublées avec ces étoffes. A notre époque où l'industrie absorbe d'immenses quantités de substances chimiques plus ou moins toxiques, qu'elle nous rend, sous forme de produits manufacturés, nous sommes tous, lentement mais sûrement empoisonnés. Le gilet de flanelle — ce scapulaire des faibles et des pusillanimes — nous préserve des bronchites pour nous imprégner d'arsenic en déteignant sur notre peau sa fuschine arsenicale. Quiconque voudra essayer l'étamage de ses casseroles s'assurera qu'il est *toujours* plombifère. Nos conserves sont à la fois cuivriques et plombifères. Quantité de vins contiennent de la fuschine (arsenicale), de l'acide salicylique, du sulfate de potasse; dans les cidres la couleur est couramment fixée avec de l'alun: une foule d'aliments et de boissons sont additionnés d'essences artificielles, dont quelques-unes sont extrêmement toxiques: les cosmétiques, et en particulier les *teintures*, dont l'usage est devenu si commun, sont à base de sels de plomb, d'argent, de mercure, de manganèse, etc. Combien de dyspepsies, d'affections de la peau, de névroses, d'anémies, qui ne sont dues qu'à cet empoisonnement mystérieux et insaisissable, tant ses formes sont multiples et variées. C'est pourquoi nous insistons de nouveau sur cette question des papiers peints que nous avons signalée déjà deux fois dans le *Concours médical* (1), à l'attention des praticiens. Nous n'y reviendrons plus, et nous terminons en indiquant à nos lecteurs un procédé très simple permettant de déceler l'arsenic dans les papiers, lequel a été communiqué au *British medical journal*, par un médecin de Brighton, qui l'a expérimenté personnellement.

« Dans un petit tube à expérience, on verse un mélange à parties égales d'acide chlorhydrique pur et d'eau jusqu'à une hauteur d'un pouce à un pouce 1/2; on ajoute ensuite un petit morceau de zinc pur de la grosseur d'un pois et une petite bande étroite du papier suspect, enroulée sur elle-même. Lorsque le gaz se dégage, on pousse vivement dans le tube, à un ou deux pouces de l'ouverture, une boulette de coton lâche, préalablement trempée dans une solution d'acétate de plomb : puis on couvre l'ouverture du tube avec un rond de papier buvard imbibé d'une solution de nitrate d'argent; si un cercle ou une tache noire apparaît sur le papier buvard, à l'endroit correspondant à l'orifice du tube, le papier essayé contient de l'arsenic. Ce procédé proposé par le professeur Siebold, a été publié dans les *Health lectures* de l'association sanitaire de Manchester. »

Il est absolument indispensable de répéter d'abord l'expérience *à blanc*, c'est-à-dire sans le papier suspect, afin de s'assurer qu'aucun des réactifs employés n'est arsenical. Le zinc du commerce contient souvent de l'arsenic. Il serait bon de se munir de grenaille de zinc pur qu'on emploie dans les laboratoires. Comme papier buvard, le mieux est d'employer le papier à filtre blanc ordinaire, ou mieux celui dit « de Suède» qui contient le moins d'impuretés.

Impressions maternelles. — Sous ce titre le *Medical and surgical Reporter* (2 et 9 juillet 1881) publie les deux faits suivants :

« Appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher, écrit le Dr Doty, je trouvai un enfant dont la tête était allongée comme celle d'un mouton, et recouverte d'une laine noire qui s'étendait aussi derrière le cou, entre les épaules et sur la face externe des bras. Les deux incisives médianes de chaque mâchoire avaient l'espect et la dimension de celles d'un agneau nouveau-né. Les yeux étaient gros et arrondis, exactement comme des yeux de mouton. Un tronçon de queue, d'environ quatre pouces de long, prolongeait le coccyx. De temps en temps, le petit être faisait entendre un cri bêlant, absolument analogue au bêlement d'un agneau. Le corps et les membres étaient ceux d'une enfant du sexe féminin bien conformée. En interrogeant la mère, elle dit qu'elle avait eu, vers le cinquième mois de sa grossesse, une lutte dangereuse avec un gros et vilain bélier et qu'elle était à bout de forces quand elle put enfin se mettre à l'abri d'une clôture: mais elle ajouta qu'elle n'avait jamais plus songé à cette aventure jusqu'au moment où elle entendit son enfant bêler comme un agneau. L'enfant mourut dans les convulsions, le troisième jour. »

Le Dr Millard raconte dans le numéro suivant : « qu'appelé pour accoucher madame H., multipare, il la trouva dans une grande inquiétude. Elle était tourmentée du pressentiment que son enfant serait mal conformé. Elle racontait que peu après la conception, un jeune veau s'était fait une blessure dans le dos et qu'elle l'avait pansé pendant plusieurs semaines. Depuis, elle n'avait pas passé une nuit sans voir dans ses rêves, la blessure de l'animal. L'enfant se présenta par l'épaule et fut extrait par la version podalique. C'était un garçon bien développé, mais présentant un spina bifida occupant la partie supérieure du sacrum et la moitié inférieure de la région lombaire. Il mourut de convulsions le troisième jour. Les parents et deux ou trois autres enfants, s'accordaient à reconnaître que le spina bifida était la représentation exacte de la blessure que la mère s'était si malheureusement efforcée de guérir le printemps dernier. »

La blessure du président des Etats-Unis: — La situation de M. Garfield est actuellement désespérée. On vient de le transporter à Loug Branch, le Trouville américain, station balnéaire située sur la côte de New-Jersey, sur les bords de l'Océan. Les médecins espèrent que ce changement d'air sera favorable à l'illustre malade. C'est à souhaiter : mais si l'on se reporte aux bulletins officiels publiés chaque jour dans le *New-York Herald*, on y trouve des renseignements tellement contradictoires qu'il devient impossible de se former une opinion raisonnée de l'état réel de l'infortuné président. Le « *Medical Record*, » très bien renseigné au début, paraît lui-même fort désorienté et les journaux anglais constatent de leur côté l'absence de nouvelles précises. Le *New-York Herald* du 27 août dernier, annonçait en tête de ses colonnes que la fin était proche et que Mme Garfield avait été avertie de l'imminence d'un dénouement fatal. Le pouls était à 140 et l'on craignait la formation d'abcès métastatiques.

Autant que nous pouvons en juger, M. Garfield a été miné par ce que nous appelons en France la fièvre hectique. Une parotidite suppurée est venue confirmer la décrépitude de l'organisme et la précipiter encore. Malgré cela, les chirurgiens prétendent que la blessure est

(1) 19 février et 2 juillet 81.

en voie de cicatrisation et fournit une suppuration normale.

D'après un télégramme de Long Branch, que je lis dans une revue hebdomadaire de Manchester, les dernières nouvelles constatent une légère amélioration. Le pouls est à 100, la température 98,4 (37° c.), la respiration 17 (Vendredi 9 septembre).

Noue avons trouvé dernièrement dans noe échanges un numéro du *Long Branch News*. Nous ne savons à qui nous devons cette gracieuseté, mais, dans les circonstances actuelles, nous souhaitons vivement qu'elle nous soit continuée. Dr Marsh.

N. B. *Nous rappelons à nos échanges que les bureaux du* Concours Médical *sont transférés, 9, rue du Faubourg-Poissonnière.*

EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ

(Suite).

Tout autre est l'éclairage par incandescence : il est déterminé, comme nous l'avons dit, par la résistance d'un corps mauvais conducteur, et très court, interposé dans le circuit. Ce corps est, en général, un crayon de charbon ou un fil de platine; en tout cas, l'incandescence est toujours accompagnée d'une combustion plus ou moins lente, selon la nature de l'obstacle. La résistance peut ainsi être déterminée à volonté, et la puissance de la lampe, par conséquent, aussi; mais en même temps les dérivations deviennent plus aisées : une machine de Gramme assez forte suffit à alimenter un nombre considérable de lampes à incandescence de platine. Il faut, à ces lampes des courants de faible intensité et de haute tension. On peut donc diviser la quantité d'électricité fournie par une machine, en un certain nombre de fractions dont chacune est capable d'entretenir un foyer, et prendre, sur un fil central, ce qu'il est presque impossible de faire avec l'autre système, une suite de dérivations, toutes indépendantes. Est-il besoin de répéter que le pouvoir éclairant de telles lampes sera beaucoup plus faible que celui des régulateurs et des bougies? Mais peut-être devra-t-on, dans beaucoup d'occasions, s'en applaudir. Quoi qu'il en soit, en l'état actuel de la question, il est difficile de savoir quel avenir est réservé à l'éclairage par incandescence; il semble cependant n'avoir pas donné encore tout ce qu'il promet, et réserver plus d'une surprise à ceux qui n'ont pour objectif que l'arc voltaïque.

Mais, dira-t-on, ces petits foyers électriques ne sont alors que des becs de gaz puissants, et comme leur éclairage est beaucoup plus cher que le gaz, où trouvera-t-on un avantage? A coup sûr, c'est là une grave objection, et qui nous amène à calmer en quelques lignes l'émotion de tous les intérêts attachés a la fortune du gaz. Non, de *longtemps encore,* la lumière électrique n'est pas appelée à détrôner le gaz; de longtemps, elle ne peut être appliquée *industriellement* que dans les cas où celui-ci est insuffisant, c'est-à-dire à l'éclairage des grands espaces. Ni dans les appartements, où souvent un simple bec suffit comme luminaire, ni même dans les ateliers où des travaux de précision doivent être exécutés, et où il est moins utile d'éclairer toute une halle que la place de chaque ouvrier, l'endroit précis où il travaille, elle n'a chance de conquérir actuellement droit de cité. C'est une erreur de croire qu'il faille toujours beaucoup de lumière pour y voir : souvent beaucoup d'ombre est, au contraire, nécessaire, et les objets ne ressortent distinctement qu'en relief, c'est-à-dire lorsqu'ils sont de tous côtés environnés d'ombres portées. Ce sera certainement un des résultats les plus féconds de l'Exposition que d'assigner à la lumière électrique son véritable rôle, et de calmer l'enthousiasme exagéré des uns, comme les craintes des autres. Certes, ce nouveau mode d'éclairage est appelé à rendre les plus signalés services toutes les fois que, sur un grand chantier, on aura besoin d'une lumière diffuse, ou sur un point donné, comme pour les phares d'une lueur étincelante; longue vie est encore réservée parmi nous, malgré sa pâleur souffreteuse, à la flamme jaune du bec de gaz.

Si nous devons reléguer dans les futurs contingents l'éclairage domestique à l'électricité, il ne nous faut, cependant, négliger aucune des propriétés remarquables de cette lumière, qui, par son éclat, est presque égale à celle du soleil. Parmi les curieuses applications qu'on en peut faire, celle que M. Dehérain poursuit depuis quelque temps, l'horticulture à la lumière électrique. n'est pas la moins intéressante. Les visiteurs trouveront à l'Exposition une serre disposée pour les expériences de l'habile physiologiste, à qui, du reste, on ne doit pas faire remonter tout l'honneur de ces essais, vu que l'initiative en avait été prise, dès 1861, par M. Hervé Mangon.

Ce dernier avait reconnu, en effet, que, sous l'influence de la lumière électrique, la décomposition de l'acide carbonique par les végétaux était aussi rapide qu'avec la chaleur solaire. Mais c'est à M. Siemens que revient la gloire d'avoir réalisé, pour la première fois en grand, les expériences d'horticulture. Dans une serre qu'éclairait un arc voltaïque de la puissance de cent cinquante becs Carcel, il a fait pousser toutes sortes de plantes légumineuses, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'emploi exclusif de cette lumière ne donne aux plantes ni une couleur aussi verte, ni une vigueur de tiges aussi grande; mais l'association de la lumière solaire et de la lumière électrique, se succédant l'une à l'autre, présente un double avantage : d'abord celui de développer énormément le développement des pousses, qui sont plus vigoureuses et plus vertes; en second lieu, celui d'éviter les effets désastreux que le rayonnement de la terre, pendant les nuits de printemps, a généralement sur les cultures; par conséquent, de hâter l'éclosion des bourgeons et la maturité des fruits. C'est encore là une source d'intéressants problèmes, et l'attention publique sera évidemment captivée par les expériences de M. Dehérain à l'Exposition. Est-il un de nos nababs parisiens qui ne paierait cher sur sa table, au mois de mars, une poire, une pêche, un melon fraîchement cueillis? Est-il un maraîcher qui ne sacrifierait une ronde somme pour se préserver des terribles gelées d'hiver, et surtout de printemps? Certes, le moyen ne semble pas, jusqu'à présent, économique, mais ici encore, comme à chaque page de cette étude, devons-nous croire à la moindre impossibilité? Les résultats merveilleux obtenus permettent d'en prévoir de plus

merveilleux encore ; le siècle qui penche vers son déclin, et qui, en sage vieillard, doit déjà prévoir sa fin, peut se consoler du scepticisme profond qui l'a peu à peu envahi, par une profession éclatante et sincère de sa foi aux miracles de la science. GASTON SCIAMA

(Nouvelle Revue)

CHRONIQUE

Exercice illégal de la Médecine et de la Pharmacie. Décisions judiciaires.

Le *Figaro* raconte en ces termes la condamnation d'un empirique parisien très couru :

« La 10e Chambre a jugé samedi un spécialiste « sans diplôme, nommé Vignet-Carrin, qui s'était « acquis, paraît-il, dans le quartier Montmartre, « où il habitait, une véritable réputation comme « guérisseur de certaines affections mystérieuses.

« Vignet-Carrin était signalé à la police. On « savait qu'il n'était point médecin ; mais comment « le prendre? Sur sa porte, aucune indication, et « il n'allait point en ville.

« Le commissaire de police eut une idée fort « simple et fort ingénieuse. Il envoya chez l'em- « pirique son garçon de bureau.

« Ce dernier sonna chez Vignet-Carrin, et, « d'une voix dolente et embarrassée, lui dit qu'il « avait beaucoup entendu parler de lui et qu'il « avait besoin de ses soins les plus éclairés.

« Le guérisseur introduisit son nouveau client « dans un laboratoire orné de toutes sortes d'ins- « truments de chirurgie, d'onguents, de poudres « et de bocaux. Il lui dit de s'étendre sur un ca- « napé, et il allait commencer l'inspection qui « était indispensable quand... le commissaire de « police fit irruption dans l'appartement et cons- « tata le délit.

« Vignet-Carrin a été condamné par défaut « à 500 francs d'amende pour exercice illégal de « la médecine et de la pharmacie. »

Voici, rangés par ordre alphabétique et par départements, les noms de nos confrères que les dernières élections législatives envoient à la Chambre des députés : MM. *Amagat* (Cantal), *Bacquias* (Aube), *Bartholi* (Corse), *Bavoux* (Jura), *Bernard-Lavergne* (Tarn), *Paul Bert* (Yonne), *Bourgeois* (Vendée), *Bruneau* (Mayenne), *Chavanne* (Rhône), *Chavoix* (Dordogne), *Chevandier* (Drôme), *Clémenceau* (Seine et Bouches-du-Rhône), *Cornil* (Allier), *Devade* (Loiret), *Donnet* (Haute-Vienne) *Georges Escande* (Dordogne), *Even* (Côtes-du-Nord), *Forné* (Pyrénées-Orientales), *Frébault* (Seine), *Fréry* (Belfort), *Ganne* (Deux-Sèvres), *Garrigat* (Dordogne), *Guyot* Rhône), *Joubert* (Indre-et-Loire), *Labuze* (Haute-Vienne), *Lacôte* (Creuse), *de Lanessan* (Seine), *Le Monnier* (Sarthe), *Liouville* (Meuse), *Mallevialle* (Aveyron), *Marmottan* (Seine), *Mas* (Aveyron), *Michon* (Aube), *Naquet* (Vaucluse) *Pénières* (Corrèze), *Poujade* (Vaucluse), *Rathier* (Yonne), *Simonnet* (Allier), *Souchu-Servinière* (Mayenne), *Soye* (Aisne), *Theulier* (Dordogne), *Thomas* (Marne), *Turigny* (Nièvre), *Tiersot* (Ain), *Vacher* (Corrèze), *Vernhes* (Hérault), *Villeneuve* (Seine) et *Vinatier* (Allier).

Trois pharmaciens sont également élus députés ; ce sont MM. *Boudeville* (Oise), *Faure* (Marne) et *Leconte* (Indre).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Monsieur le Directeur,

Je lis dans le *Lyon-médical* du 14 août, un article du professeur Diday, invitant les membres de la Société locale des médecins du Rhône, agrégée à l'Association générale, à se syndiquer. Ne pourriez-vous pas, par la voie de votre journal, engager ce vétéran de la presse médicale, à étendre son syndicat dans toute la région du Sud-Est.

Si je vous adresse cette demande, c'est parce que dans l'Isère, il ne vient personne aux séances annuelles de la Société locale, et que, par suite, il serait bien difficile d'arriver à réunir en syndicat les médecins du département. Si ma proposition était agréée par le Dr Diday, cela permettrait aux médecins qui, comme moi, voient dans la *création des syndicats* l'avenir de la profession, de participer aux bienfaits qu'ils doivent entraîner. Ce syndicat régional serait un acheminement vers le syndicat général que vous entrevoyez dans le no de votre journal que je viens de recevoir.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments. BOUCHER, *de Voiron* (Isère).

Nous ne pouvons qu'appuyer la demande de notre confrère. Voici d'ailleurs, extrait du *Lyon-médical*, l'article de M. le professeur Diday, auquel M. le Dr Boucher fait allusion.

CRÉATION D'UN SYNDICAT MÉDICAL.

Ceci n'est encore qu'un projet. Mais, connaissant bien l'homme qui y a mis la main, et ayant vu l'accueil que la communication de son plan a reçu de la part des juges les plus compétents, je n'hésite pas à annoncer sa réalisation comme certaine, je pourrais dire prochaine, si les lenteurs législatives ne viennent pas se mettre à la traverse.

On connaît la loi déjà votée par la Chambres des députés sur les syndicats professionnels. Si, comme tout le présage, elle est adoptée par le Sénat sans modification de ses éléments essentiels, il en résultera que dorénavant :

Les membres d'une même profession pourront, *sans autorisation*, se constituer en société pour la défense de leurs intérêts communs.

Ainsi constitués, ils jouiront du bénéfice de la *personne civile*, ce qui leur donne le double avantage :

1o De posséder, d'hériter, d'ester en justice;

2o De pouvoir être consultés collectivement, notamment par les tribunaux, sur tous les différends qui se rattachent à l'exercice de leur profession.

Ce dernier point nous touche *spécialement*, nous médecin. Déjà avant 1881, alors que les syndicats n'étaient que tolérés, ils a aient, dans plusieurs occasions, pu emettre et faire prévaloir leur opinion devant les juridictions diverses. Quel ascendant ne gagneront-ils pas sur ce terrain, du moment qu'ils auront l'existeuce légale !

La perspective de tels avantages n'est pas, pour nous, chose nouvelle. Elle devait, d'autant plus, frapper l'honorable président de notre Association de prévoyance que, bien souvent, en face des souffrances du corps médical, il avait, comme tous ses prédécesseurs, dû suppléer à l'absence de l'arme légale par l'habile emploi de l'intervention officieuse. Mais que de déboires et que d'échecs, trop prévus, pour celui qui ne peut invoquer que l'équité contre qui lui oppo-e la loi ! De quel front, — pour ne citer qu'un exemple dont un arrêt de la Cour de Grenoble nous montra, jadis, la puissance, — de quel front aller individuellement réclamer d'un charlatan des dommages-intérêts, lorsque le président peut vous arrêter — et ne manque pas de le faire — par cette observation strictement juridique : « Prouvez-moi d'abord, vous, docteur X. et vous, docteur Z. que le délinquant vous a personnellement porté préjudice; et dounez-moi, en outre, les moyens d'apprécier le chiffre de ce préjudice.»

On le comprend, sans qu'il soit besoin d'autres détails: si quelqu'un devait saisir, avant même qu'elle ne fût tout à fait mûre, l'occasion, pour le corps médical, de se présenter devant les tribunaux avec l'autorité et les prérogatives de la personne civile, ce devait être celui de nous à qui son caractère, plus encore que ses fonctions, inspirent, pour nos intérêts, la sollicitude éclairée d'un défenseur toujours sur la brèche. Aussi, dans l'une des dernières séances de la commission administrative de l'association des médecins du Rhône, M. Desgranges a-t-il obtenu les témoignages unanimes de la sympathie de ses collègues, en leur communiquant un projet de création de syndicat médical pour les médecins de la ville et du département.

Mais, cette institution, qui va renfoncer d'un pouvoir légal notre Association de prévoyance, ne doit-elle pas, sous certains rapports, faire double emploi avec elle? L'auteur du projet ne se l'est point dissimulé. Mais, avec une rare ingéniosité servie par un travail infatigable, il a su, de cette difficulté, faire une simplification. Grâce à d'heureuses combinaisons, Association et Syndicat se fusionneront en partie, se prêtant mutuellement les rouages qui peuvent fonctionner pour le service commun sans contrevenir aux injonctions de la loi.

Par les soins de notre estimé Président, un exemplaire du projet de statuts ainsi modifiés va être envoyé à chaque membre de l'Association actuelle des médecins du Rhône. Ils pourront, par conséquent, se former un avis sur l'opportunité de cette transformation afin de voter en pleine connaissance de cause, lorsque, à la prochaine Assemblée générale, cette importante question sera soumise à leur délibération.

Le moment n'est pas venu d'examiner à fond ce projet (1). D'ailleurs, c'est de l'élaboration faite en commun que résultera, sou appréciation la plus compétente et son perfectionnement aussi complet que possible. Mais, dès à présent, songeant aux généreuses, aux philanthropiques mais parfois un peu ardentes impatiences qui ne cessaient de reprocher son inaction à un être enchaîné de par la loi; qui, sans relâche, répétaient à l'Association: « Mais que faites-vous pour nos intérêts? » la Commission administrative est, dès aujourd'hui, en mesure de répondre : « Voici ce que nous avons préparé pour la défense des intérêts communs. Loin de nous accuser, venez donc à nous, mais surtout, venez tous; car il faut absolument le concours de tous. Et celui-là ne mériterait plus le nom de confrère qui, volontairement, resterait en dehors de l'alliance que la nouvelle loi nous permet de fonder pour le bien public non moins que pour la défense de nos droits.»

Excusez, je vous prie, votre vétéran, chers lecteurs, de parler ici un peu en son nom. C'est pour moi, en ces matières, une vieille habitude. Il n'y a pas moins de trente ans, justement en septembre 1851, je rédigeai et publiai dans la *Gazette médicale de Lyon* le premier appel, bientôt entendu, pour engager nos confrères à former l'iustitution qui, depuis lors, prospère sous le nom d'Association de prévoyance des médecins du Rhône. Ma plume a vieilli, mais il est des liens que le temps ne fait que resserrer; et c'est pénétré d'une préoccupation croissante pour les misères croissantes du corps médical que je viens encore adjurer mes confrères de ne pas laisser échapper cette nouvelle occasion de salut; de même que je serais fier, quelque accessoire que soit mon rôle à côté du sien, de partager avec M. Desgranges un encouragement semblable à celui que notre à jamais révéré Polinière me décerna alors dès la première séance publique, en ces termes : « Grâce à son intervention opportune, ce qui n'était qu'un désir vaguement exprimé est devenu une réalité. » P. DIDAY.

(1) Examinons, cependant, s'il vous plaît, un petit détail qui a bien son importance, la question des cotisations. Quelque restreint qu'en doive être le chiffre, il est à craindre qu'une nouvelle demande du trésorier n'arrête quelques adhésions. Or, voici sur ce point mon raisonnement :

Fondé surtout en vue de la répression de l'exercice illégal, le *Syndicat* ne peut l'atteindre efficacement que par la voie des dommages-intérêts. Donc ce n'est pas une institution qui coûte; c'est une institution qui doit rapporter, puisque, si elle ne rapportait rien elle prouverait par là son impuissance, et, dès lors, au point de vue de la répression susdite, n'aurait plus de raison d'être. Elle doit, par conséquent, produire plus que les fonds, d'ailleurs minimes, nécessaires à son établissement et à son fonctionnement.

Dans la vingt-deuxième réunion générale de l'association des médecins de la Nièvre, l'assemblée générale annuelle etant terminée, M. le docteur Mignot a provoqué immédiatement une réunion hors séance, dans le but de créer un *syndicat médical* dans la Nièvre, lequel syndicat sera destiné à la défense pratique des intérêts professionnels.

Les membres présents, au nombre de dix-sept se sont inscrits de suite sur la liste des adhérents, et chacun a approuvé le programme exposé par M. le docteur Mignot. Nous espérons que la réalisation et l'organisation de ce projet auront lieu avant la fin de l'année courante.

NÉCROLOGIE

Monsieur et très honoré Confrère.

J'ai le regret de vous annoncer que mon excellent confrère et ami, le Docteur *Langlois* (du Racinez) avec lequel j'ai assisté à la réunion du 14 Août dernier et au banquet, a succombé le 2 de ce mois aux suites d'un anthrax.

Il est probable qu'on ne vous retournera pas sa carte d'adhérent au *Concours*. Cet avis tiendra lieu de ce retour.

Veuillez agréer etc. Dr CREUTZER.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Septembre 1881 — 3me Année. — N° 39

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Sur la question de la *Réceptivité dans les maladies virulentes*, question soulevée par l'intéressante communication de M. Bouley, M. *Hervieux* lit à l'Académie un mémoire dont voici les conclusions:

1° Dans un milieu saturé par un principe infectieux quelconque, tous les sujets, habitant ce milieu, subissent l'imprégnation, laquelle se traduit, suivant le degré de réceptivité de chacun, par un état morbide aussi variable dans son intensité que dans ses manifestations;

2° L'aptitude à contracter la maladie infectieuse peut être contre-balancée par la puissance éliminatrice de l'organisme, c'est-à-dire, par l'aptitude plus ou moins développée que possède ce dernier à expulser ce principe morbigène par diverses voies;

3° Les exemples qui nous sont fournis, soit par l'expérimentation, soit par la clinique, de l'élimination d'un principe toxique à travers une voie quelconque, voie intestinale, respiratoire, cutanée, urinaire, etc., sont autant d'indications qui doivent diriger le praticien dans le traitement des maladies toxiques ou virulentes.

A propos de la même communication de M. Bouley et du précédent mémoire de M. Hervieux, M. *Bouillaud* prend la parole pour faire quelques remarques relatives à la pathogénie de l'affection contagieuse, dite fièvre putride, septique ou typhique. Il établit une première distinction entre les cas où l'organisme se contagionne en quelque sorte lui-même, et ceux où il est contagionné par ce qui l'entoure.

Dans la catégorie des foyers putrides, dans lesquels les malades sont contagionnés par le milieu avec lequel ils sont en rapport, les agents générateurs de la contagion s'introduisent dans l'organisme, principalement par la voie de l'air respiré, et sont transportés ensuite par la circulation au sein de toutes les parties de l'organisme. Le travail septique est alors général, universel, comme le sang qui en reçoit la première atteinte.

Dans la catégorie où les foyers de travail putride sont les divers organes, soit extérieurs, soit intérieurs, la contagion *locale* s'opère de proche en proche, par voisinage. La contagion *générale* survient par la voie de l'absorption des agents infectieux et leur introduction dans la masse sanguine, avec laquelle ils circulent dans l'organisme tout entier : tel est le mécanisme auquel obéissent la métrite puerpérale et la péripneumonie.

Lorsque l'étendue et l'intensité des foyers extérieurs de la putridité sont portés à un très haut degré, il suffit d'avoir séjourné, pendant un temps plus ou moins long, dans ces foyers ou ce milieu, pour contracter, à un degré plus ou moins élevé la contagion. Dans les cas de ce genre, il suffit de *purifier*, de désinfecter les foyers putrides, pour faire cesser plus ou moins promptement l'épidémie. Le résultat est encore plus sûr, si l'on peut transférer les malades hors du rayon de la contagiosité.

Si les foyers de putridité se sont formés chez l'individu lui-même, et si les malades sont dis-

persés dans des lieux suffisamment spacieux et bien aérés, de l'aveu des cliniciens les plus compétents, la contagion, soit par voie de contact, soit par voie de la respiration, ne se contracte pas.

« Depuis plus de quarante années que j'ai profondément étudié cette question, je n'ai pu constater un seul fait avéré de la contagiosité de l'espèce de *fièvre* dite typhoïde, d'individu malade à individu sain; aussi ne puis-je reconnaitre, du moins quant à présent, l'existence de cette contagiosité. »

Pour ce qui se rapporte à la question de la vaccination, M. Bouillaud avoue, avec un vif regret, que l'important travail de M. Bouley, ainsi que tous ceux qui ont déjà été publiés, dans ces derniers temps, sur la vaccination appliquée à des maladies autres que la variole, ne lui ont pas encore paru assez nombreux, ni suffisamment exacts, pour servir de fondement à une théorie certaine, irréprochable sous tous les rapports, relativement au pouvoir préservatif de cette hardie méthode.

Enfin, tout en rendant justice aux ingénieuses et délicates expériences de M. Pasteur, M. Bouillaud ne peut s'empêcher de formuler de nouveau une demande qu'il a maintes fois déjà adressée à ce savant : quelle est l'origine du microbe qui préside à la putréfaction animale ?

Dans la même séance, M. le Dr *Smester* lit un travail, dans lequel il conclut, d'après des expériences et des recherches qui lui sont personnelles, que la respiration se fait par le nez seul, ou par la bouche seule, et non simultanément par les deux orifices. Dr J. GEOFFROY.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

QUELQUES MOTS SUR L'EXPLORATION DE L'ŒIL ET DES PAUPIÈRES

Il y a environ trente ans, l'exploration de l'appareil de la vision avait lieu à l'œil nu ou bien aidé de quelques instruments d'optique. L'examen fonctionnel, quand il s'agissait de maladies internes, prenant une grande importance, se faisait avec une attention et un soin tout particuliers; l'attitude elle-même du malade était prise en grande considération. C'est ainsi que, dans les traités de maladies des yeux de cette époque, on trouve décrits avec beaucoup de détails, la physionomie et le cachet particulier imprimés aux malades par certaines affections. Aujourd'hui que l'on dispose de moyens d'investigation beaucoup plus précis, l'attitude spéciale des personnes atteintes de cataracte, d'amaurose, ou d'une paralysie musculaire ou de certaines kératites, est bonne à constater, mais elle ne constitue qu'un élément très secondaire de diagnostic.

Beaucoup de méthodes et surtout beaucoup d'attention, telles sont les deux qualités essentielles à apporter dans un examen. Il n'est pas indifférent, en effet, d'adopter telle ou telle marche, et, si on passe en revue successivement et dans l'ordre anatomique les différentes parties de l'œil, ce sera le meilleur moyen d'aller vite et sûrement. Parfois, des symptômes très tranchés fournissent des indications qui permettent de limiter l'exploration à l'une des membranes, par exemple.

Comparer, quand on le peut, l'organe sain avec l'organe malade est une précieuse ressource. A part les particularités individuelles, les anomalies de couleur, de conformation, etc., cette comparaison fournira d'utiles éléments de diagnostic et permettra d'éviter bien des erreurs; aussi ne conseillerai-je pas, comme le fait Foucher, de fermer momentanément l'œil qu'on n'examine pas, sous le prétexte d'empêcher les mouvements synergiques de l'œil examiné.

Exploration de l'œil nu. — L'examen des yeux doit se faire dans une pièce bien éclairée, mais dans laquelle, grâce à une disposition des volets ou des rideaux, l'obscurité complète pourra à volonté succéder à la clarté de la lumière solaire. Outre que la lumière artificielle est nécessaire pour l'éclairage oblique dont nous allons parler plus loin, les malades, dans certaines affections où la photophobie est intense, la supportent plus facilement que la lumière du jour. Le malade sera placé sur un tabouret en face du médecin qui sera lui-même assis sur un siège plus élevé, de façon à éviter la fatigue qu'occasionnerait l'élévation des bras. Afin d'éviter le miroitement, si désagréable, de certains reflets de la cornée, il est nécessaire que la lumière frappe, non pas de face, mais un peu obliquement le visage de l'observé. Il faut bien se garder d'une certaine précipitation, et surtout éviter, quand il n'y a pas nécessité, d'écarter les paupières avec plus ou moins de force. A procéder ainsi, on ne réussit qu'à rétrécir au lieu d'agrandir le champ d'observation : souvent, aussi, on aura augmenté la difficulté du diagnostic, en irritant l'œil, en y appelant le sang, ce qui changera l'aspect réel sous lequel on devait examiner. Presque tous les malades, quand il s'agit des yeux, n'approchent le médecin qu'en tremblant, et ne manquent jamais de demander si on ne va pas leur faire mal. Si donc, par une précipitation fâcheuse, par une certaine brusquerie des mains on a déterminé la moindre douleur, ou augmenté celle dont l'organe est le siège, le malade ne manquera pas de se soustraire, contrariant involontairement, pour ainsi dire, l'exploration dont la facilité aura singulièrement diminué. Il est donc de toute nécessité de chercher à presque tout voir sans toucher,

puis avec le plus de douceur et d'habileté possible, il restera à compléter l'exploration, en réduisant au minimum l'intervention des doigts, nécessaire pour abaisser la paupière inférieure, relever ou retourner la supérieure, pratiquer le toucher oculaire, etc.

Exploration avec l'aide d'instruments. — A l'œil nu, il est certainement possible d'explorer les parties extérieures et les annexes de l'œil de façon à poser un bon diagnostic ; mais, il est des lésions, des détails qui échapperont forcément à l'œil le plus exercé, s'il n'est pas aidé par certains instruments : tels sont certains corps étrangers ; les altérations du poli de la cornée, etc. Le microscope de M. de Wecker, ou celui de M. Sichel, donnent un grossissement relativement considérable, mais ils sont tous deux fort coûteux, et le maniement en est assez difficile, à cause de la mobilité du point à examiner. On se contente souvent, en pratique, de la lentille convexe de deux pouces de foyer, bien que le grossissement obtenu soit faible. Avec la loupe de Brücke dont l'emploi est fréquent, le grossissement est de quatre à huit diamètres.

Un autre mode d'exploration très précieux, consiste dans *l'éclairage oblique* ou *latéral*, et il se fait dans la chambre noire. On a besoin, pour cette exploration, d'une bonne lampe munie d'un verre droit, et d'une lentille bi-convexe de deux pouces de foyer. Le malade est placé auprès d'une table sur laquelle on disposera la lampe du côté de l'œil à examiner, et de telle sorte que la flamme se trouve à la même hauteur. Le médecin relève très doucement la paupière supérieure de façon à découvrir le plus possible la partie antérieure du globe oculaire ; puis il approche la lentille avec l'autre main, jusqu'à ce qu'il voie se peindre l'image de la flamme au niveau du point à explorer. Cet examen demande une certaine habitude, mais avec un peu d'exercice on arrive à le faire assez facilement.

Un point d'exploration à ne pas négliger, car nous pouvons en tirer de précieux indices, c'est la *tension* de l'œil. Si, à travers la paupière supérieure doucement fermée, le malade regardant en bas, on applique sur la partie supérieure du globe oculaire la pulpe des deux index placés l'un à côté de l'autre, et si l'on fait de douces pressions, comme s'il s'agissait de percevoir la fluctuation d'un abcès, on constate une sorte de fluctuation molle. Elle est due à la tension des liquides de l'œil, tension déjà variable d'un état à un autre, à l'état normal. De dur qu'il est (comme une bille de marbre, suivant l'expression consacrée), dans le glaucome, par exemple, l'œil peut devenir très mou, dans les affections où le corps vitré subit un ramollissement.

M'adressant à des confrères qui pratiquent la médecine générale, je crois superflu de leur recommander de tenir grand compte dans l'interrogation des malades, des affections constitutionnelles ou générales dont les maladies oculaires ne sont très souvent qu'une manifestation.

Examen des enfants. — Examiner les yeux d'un enfant n'est pas toujours chose commode et facile, et, cependant, le diagnostic ne doit pas ici plus manquer de précision, que lorsqu'il s'agit d'un adulte qui s'est de son mieux prêté à notre examen. La plupart des enfants opposent au médecin la plus grande résistance. Quelques-uns, cela dépend de l'âge et de l'éducation maternelle, sont sensibles aux compliments flatteurs, d'autres à la crainte, aux menaces. Avec des jouets et des bonbons, on pourra quelquefois obtenir la docilité suffisante pour permettre un examen complet, mais ce sera l'exception.

Sans recourir à certains procédés d'intimidation, d'ailleurs suivis de succès, mais qu'on ne peut employer que dans les cliniques, on sera donc obligé, malgré les cris de l'enfant, les pleurs de la mère qu'on aura prévenue de l'urgence d'une exploration complète, de faire ce qu'on appelle l'examen de force. Si la chose est possible, l'enfant sera tenu par une aide, de préférence à la mère qui s'apitoie trop facilement et devient une cause de gêne. L'enfant est couché sur le dos, en travers des cuisses de l'aide qui maintient les bras et les jambes, tandis que la tête est placée entre les genoux du médecin, garantis par une serviette ou de préférence par une toile imperméable. De cette façon on a les mains libres pour écarter les paupières et faire les pansements nécessaires.

Exploration des paupières. — L'inspection seule nous permettra de constater, en ayant bien soin de comparer un côté avec l'autre :

1° Si les paupières ont l'aspect, la coloration, l'épaisseur et la mobilité de l'état normal ; s'il n'y a pas d'œdème (phlegmon, conjonctivites graves, maladies du cœur ou des reins), d'ecchymose (contusions, fracture de l'orbite, etc.), des éruptions (eczéma, variole, etc.).

2° Si les paupières s'ouvrent et se ferment complètement ; s'il n'y a pas de chute de la paupière supérieure (paralysie de la troisième paire), ou bien impossibilité de l'occlusion (paralysie du facial), etc.

3° Si la fente palpébrale a les dimensions normales, et si les larmes n'y séjournent pas en grande quantité, ce qui appellera l'attention du côté des voies lacrymales.

La palpation complètera l'examen commencé par les yeux. En promenant légèrement le doigt sur la face externe des paupières, on trouve souvent de petits kystes, de petites tumeurs non appréciables à la vue. Dans le cas où cette petite tumeur, souvent le chalazion, dont je parlerai plus tard, a acquis un certain volume, il devient nécessaire de retourner la paupière pour examiner la face postérieure et juger de la situation et de la nature de la petite production.

Dans l'examen très attentif des bords libres des paupières, on constatera :

1° S'ils s'appliquent bien contre le globe oculaire, ou s'ils ne sont pas renversés en dehors (ectrepion), ou en dedans (entrepion).

2° S'ils ne sont pas trop hypertrophiés, ulcérés, couverts de croûtes, dépourvus de cils (blépharite).

3° Si les cils ne sont pas déviés, mal implantés.

4° Si les orifices des glandes de Meibomius ne sont pas bouchés.

On se servira avec avantage pour cet examen, d'un verre grossissant.

Dr S. Baudry *(de Lille)*.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Révision de la législation médicale

DEUXIÈME PAPTIE NEUVIÈME LETTRE.

MÉDECINE ET PHARMACIE

Passons aux médecins : il en est, parmi eux, qui prennent la défense des pharmaciens. — On nous croira sans peine si nous disons qu'ils sont peu nombreux.

Plusieurs semblent s'imaginer qu'ils *seront tenus* de faire de la pharmacie, et cette perspective ne leur sourit que médiocrement. Disons immédiatement que jamais nous n'avons demandé rien de semblable et que, si nous avons revendiqué un droit éventuel, nous n'avons jamais songé à nous imposer une obligation.

Un de nos confrères de la Haute-Garonne, qui, d'ailleurs, nous paraît ignorer absolument les conditions dans lesquelles le médecin fait et peut faire de la pharmacie, nous conjure de laisser la pharmacie aux pharmaciens, tout en réclamant pourtant que ceux-ci veuillent bien ne pas s'occuper de médecine : il appuie la création de ces boîtes de pharmacies qui seraient déposées dans chaque commune et dont le médecin aurait la clef *ainsi que le maire*.

« Les médicaments seraient délivrés gratuitement aux nécessiteux et contre remboursement à ceux qui les pourraient payer. Cet argent servirait à renouveler les objets manquants. Dans tous les cas, ces médicaments ne pourraient être délivrés qu'en cas d'urgence absolue.

Le pharmacien voisin serait chargé de l'entretien de cette caisse. »

Est-il besoin, après la spirituelle boutade de notre confrère le Dr Barry : *Mon ami Cacao*, de revenir sur la question des boîtes de pharmacie ?

Contentons-nous d'ajouter que personne n'en veut, hormis les pharmaciens.

Les communes trouvent absolument inutile de grever leur budget d'un chapitre dont, jusqu'ici, personne ne s'était avisé de proclamer la nécessité.

Les médecins repoussent ces boîtes qui, pas plus que les pharmacies de poche auxquelles fait allusion notre confrère, ne contiendront jamais ce qu'on y cherchera ; qui ne tarderont pas à se transformer en collection de médicaments altérés, qui ne serviront, enfin, qu'à favoriser l'exercice illégal si la clef se trouve en d'autres mains que celles du médecin et qui ne serviront à rien du tout si lui seul possède cette clef qu'il aura toujours oubliée.

Nous ne supposons pas que notre confrère fasse de la médecine une science officielle ; quelle règle présidera donc à la confection et à l'entretien de ces boîtes ?

Il faudra, pour chaque localité, s'en rapporter au désir du médecin, lui fournir les marques spéciales qu'il exigera etc... etc... Et si plusieurs praticiens exercent dans la commune, il faudra les consulter tous et les satisfaire tous également. Enfin, il est des communes composées de hameaux parfois éloignés les uns des autres ; où déposera-t-on la fameuse boîte ? Faudra-t-il que le médecin fasse plusieurs kilomètres pour délivrer le médicament urgent ? Y aura-t-il une boîte dans chaque hameau ?

On a voulu d'ailleurs essayer ce moyen — devant le peu d'empressement des populations, il a fallu y renoncer. — C'était une utopie. et l'essai de mise en pratique en a immédiatement démontré la valeur.

Dirons-nous, en terminant, que lors de la réunion du 14 août, la motion suivante a été adoptée *à l'unanimité* ?

Il n'y a pas lieu de prendre en considération les propositions tendant à l'établissement de boîtes de pharmacie dans les communes dépourvues d'officines.

La question pour nous est jugée, et nous n'insistons pas davantage.

Un autre de nos confrères reprend une idée formulée par un certain nombre de pharmaciens et qui, nous devons l'avouer, paraît présenter un côté sérieux : il s'agit de la limitation légale du nombre des officines.

Un calcul établirait qu'une officine suffit pour un nombre donné d'habitants, et leur nombre serait réglé en conséquence. A mesure que des vacances se produiraient, les pharmaciens de la localité devraient racheter l'officine (comme cela se passe pour les charges de notaires) ; de cette façon, en un temps assez court, le nombre légal serait atteint pour être conservé intégralement.

Les promoteurs de cette idée, pensent avec juste raison peut-être, que les pharmacies sont trop nombreuses, que le pharmacien gagne difficilement sa vie s'il veut rester ce qu'il doit être, et que les nécessités de la vie l'obligent à sortir de son rôle, à faire de l'exercice illégal de la médecine, etc..., etc...

Nous n'aurions que peu d'objections à faire à cette proposition, si elle ne visait que les villes. Que nous importent cinq officines de plus ou de moins dans la grande ville ? Peut-être même y verrions-nous quelque avantage, si pourtant nous ne regardions en thèse générale comme funeste à une profession, tout privilège reconnu, *les privilèges n'ayant d'autre effet que d'engendrer les abus, et de soustraire à une juste responsabilité ceux qui commettent ces abus.*

Mais une loi n'est pas faite que pour les grandes villes, et si les pharmacies sont légalement limitées, cette mesure atteindra les petites villes et les campagnes, et c'est ici que la situation deviendra intolérable absolument pour nous.

Dans les petites villes, la concurrence qui

s'établit entre les deux officines, soustrait quelque peu les médecins à la tyrannie du pharmacien : celui-ci sait parfaitement que s'il s'aliène un de nos confrères, c'est son concurrent qui en peut bénéficier ; il est donc tenu à une certaine réserve, et, s'il malmène un médecin, ce ne sera qu'un débutant ou tout au moins un praticien dont la position n'est pas encore assise.

Supprimez l'un des deux, la situation change aussitôt : le seul pharmacien *qui est installé de par la loi*, qui est inamovible et ne craint pas de concurrence, dicte ses volontés à tous, et malheur à celui qui ne sait s'attirer ses bonnes grâces !

Et dans les campagnes qu'arrivera-t-il ? Voici un canton dépourvu de pharmacien (s'il n'en a pas, c'est qu'apparemment celui-ci n'y pourrait vivre), vous en instituez un et défendez en même temps aux divers médecins d'exercer la pharmacie. Croyez-vous que votre pharmacien pourra vivre de telle sorte qu'il soit soustrait aux funestes conseils du *to be or not to be* ? Vous obligerez des malades distants de dix, douze kilomètres et plus, à venir s'approvisionner à la pharmacie cantonale ? Connaissez-vous donc si mal les gens de la campagne, pour croire qu'ils feront cette nouvelle course après avoir passé un temps plus ou moins long à aller chercher le médecin ? — Plutôt que de *perdre une demi-journée*, ils se livreront au premier empirique venu qui leur donnera, tout à la fois, conseil et remède, et vous n'aurez fait qu'encourager l'exercice illégal.

Et puis, en quoi améliorez-vous, par ce système, la pharmacie de campagne ? Croyez-vous que l'officine instituée légalement sera mieux approvisionnée, mieux tenue qu'elle ne l'est actuellement, vivant sous le régime de la liberté ?

Vous menacerez le titulaire de destitution, nous savons ce que valent ces menaces, quand la surveillance est confiée aux membres d'un corps privilégié. Nous ne voulons, à coup sûr, pas médire de l'honorable corporation des notaires, mais nous savons qu'elle a, comme toutes les autres, ses brebis galeuses ; eh bien ! quel scandale ne faut-il pas pour que ses membres indignes soient obligés de céder leur étude ? Quelles fautes professionnelles ne cherche-t-on pas à cacher aux yeux du public ?

Au pharmacien ainsi posé vous donnez l'arbitraire le plus absolu : il tiendra les produits spécialisés qui lui conviendront, et refusera absolument de se munir des autres dont la vente sera moins lucrative ; il imposera les prix qui lui conviendront (car nous ne supposons pas que vous lui imposiez un tarif) ; il préparera plus mal encore que maintenant.

Nous n'insistons pas sur une situation que tous peuvent aisément se représenter, et nous concluons :

La limitation légale des pharmacies, qui peut être bonne dans les grandes villes, constitue pour les centres de moindre importance et surtout pour les campagnes, une mesure illusoire quant au résultat cherché, et détestable quant au résultat obtenu.

C'est ailleurs encore qu'il faut chercher le remède à une situation reconnue par tous comme intolérable, et nous craignons bien que le moyen suivant, proposé par un autre confrère, ne soit guère plus efficace.

Sans doute nous avons à nous plaindre des pharmaciens, mais on aurait tort de rejeter sur eux toute la faute : le mal est qu'un trop grand nombre d'entre nous ne sait pas formuler et, prescrivant des spécialités, ne permet pas au pharmacien de gagner honnêtement et consciencieusement sa vie..... si nous voulons modifier l'état de choses actuel, nous devons consentir, tout d'abord, à envoyer au pharmacien des formules dont l'exécution lui assurera un gain raisonnable. Guerre aux spécialités, c'est là qu'est le remède véritable, c'est là qu'est la seule solution pratique !

Nous reconnaissons bien volontiers qu'il y a un peu de vrai dans la lettre de notre honorable correspondant, mais est-il bien sûr que son moyen soit aussi pratique, aussi efficace qu'il l'affirme ?

Nous en doutons fort ; nous ne faisons pourtant aucune difficulté pour nous ranger de son côté quand il dit aux praticiens : *Formulez et ne prescrivez pas que des spécialités*.

Avec la lettre suivante, nous entrons véritablement sur le domaine des solutions pratiques : le Dr R... de N... (Seine-et-Marne), nous écrit :

Il semble que tout soit dit sur le pharmacien, ce potentat qui dispose presque partout de la réputation, de la clientèle et de la fortune du médecin. A ses yeux, le meilleur médecin est celui qui lui envoie les plus grosses ordonnances, et il agit en conséquence, — de là un compérage qui constitue la plus grande, pour ne pas dire la seule utilité de la profession pharmaceutique. Car, à qui fera-t-on croire que le contrôle du pharmacien est une garantie pour le public (1) ? Et qui donc contrôlera le pharmacien à son tour ? A qui fera-t-on croire, si ce n'est au public ignorant, que le pharmacien a été mis, par ses études, à même de juger la valeur et l'opportunité des ordonnances d'un médecin ? Encore un sacerdoce sur lequel on devrait passer un bon coup d'éponge en rendant absolument libre le métier de pharmacien.

Mais je n'insiste pas sur cette solution qui, pas plus pour la pharmacie que pour la médecine, n'a aucune chance de réussir, étant donné notre horreur pour les libertés professionnelles, et j'en vais proposer une autre si simple, si pratique, si rationnelle, que je suis surpris de ne l'avoir pas encore vu mentionner parmi celles qui ont été indiquées au *Concours* ou ailleurs.

Est-il vrai que le médecin doive, dans nombre de circonstances, faire de la pharmacie ? Est-il vrai, d'autre part, que l'*universalité* des pharmaciens se livre à la pratique de la médecine, faisant ainsi aux médecins une concurrence ruineuse ? Est-il vrai, enfin, que la loi, quelle qu'elle soit, ne modifiera jamais rien à cet état de choses passé dans les mœurs ?

Eh bien, ne vaudrait-il pas mieux combler l'abîme légal qui sépare les deux professions et faire cesser une comédie tout à fait indigne ? Que le législateur impose aux candidats à l'une ou à l'autre de ces professions les mêmes conditions, les mêmes examens,

(1) Nous pouvons dire, et nous ne craignons pas d'être contredit par un seul de nos confrères exerçant la pharmacie, que, si l'on se trompe parfois sur la position d'une virgule dans une ordonnance, jamais on ne commet semblable erreur en préparant le médicament.

le même diplôme ! Chacun pratiquera à son choix la profession qui lui conviendra ou, s'il le préfère, les deux à la fois.

Il n'y aura plus ni violation de la loi, ni compétition, ni empiètement d'aucune sorte, et tous vivront en parfaite intelligence.

Nous ajoutons, nous, *et pour le plus grand avantage du public*, quoi qu'affectent d'en dire nos adversaires.

A notre humble avis, c'est là qu'est la vraie solution, c'est là qu'un jour il faudra bien arriver. Quand nous demandions la liberté pour tous, médecins et pharmaciens, nous ne songions, en aucune façon, à contester le droit qu'a l'Etat d'exiger des garanties ; nous ne pouvons donc, personnellement, que nous ranger à l'avis que notre confrère a si bien formulé.

Mais cette solution est trop logique et trop simple pour être acceptée tout d'un coup : on voudra tâtonner, essayer des compromis — tant de gens croient encore à l'utilité des petites officines ! — nous devrons donc chercher quels moyens transitoires pourraient avantageusement être employés, quel *modus vivendi* permettrait d'arriver au moment où sera définitivement adopté, grâce à l'unité du diplôme, la fusion des deux professions.

C'est ce que nous nous efforcerons de faire dans notre prochaine lettre.

Dr. A. Gassot, *de Chevilly*.

II

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE.

Il existe à Saint-Saturnin de Sechaux, commune de Port-d'Envaux, (Charente-Inférieure) un couvent de religieuses de l'ordre du Saint-Sacrement d'Autun. C'est en 1857 que cette maison ouvrit pour la première fois ses portes dans cette petite commune. Son but principal était l'enseignement primaire aux petites filles des environs. Parmi ces religieuses, cependant, il y en avait une, devenue aujourd'hui supérieure de la maison, que l'on appelait *la Sœur des malades*. Vous croirez peut-être que son rôle, tout de charité, consistait à prodiguer quelques paroles de consolation aux malheureux patients de la commune, quand la maladie et la misère venaient les clouer dans leur lit ; jusque-là rien de plus louable, direz-vous ! Ce but en apparence très louable, cette mission de charité, cachait un débit de médicaments dont le dépôt était installé dans le couvent. Ces remèdes, simples ou composés, étaient délivrés et vendus par les religieuses, souvent aussi portés à domicile.

Quelques mois s'étaient à peine écoulés depuis l'installation des bonnes sœurs, que dans toute la contrée il n'était bruit que des guérisons miraculeuses opérées par elles dans certains cas d'angine et de croup.

Quel est le médecin qui n'a pas vu la frayeur d'une mère, d'une famille entière, lorsque, appelé près d'un malade, d'un enfant soutout, il a prononcé même le simple mot d'angine. On doit alors comprendre, connaissant la stupide crédulité des gens de nos campagnes et l'attraction exercée sur leur imagination par les remèdes mystérieux, si, à l'annonce de ces fameuses préparations, l'officine des bonnes sœurs fut envahie ! C'est ce qui arriva en effet. Dans les moindres cas d'angine, au soupçon même du mal de gorge, comme disent nos clients de la campagne, on courait de suite chercher le remède, sans consulter le médecin, ou bien on le consultait avant ou après, mais ce n'était que pour la forme : ses traitements étaient mis de côté. Que pouvaient-ils faire en présence *d'un si bon remède* ?

Les choses allèrent ainsi pendant *vingt ans* ; dire ce que cette spécialité a été délivrée de fois est inimaginable. De tous côtés, sur la croyance imaginaire de son application, on accourait consulter sœur Théophile (c'est le nom du médecin en cornette) qui délivrait son remède avec la confiance la plus imprudente, s'enquérant à peine de l'âge des malades, des conditions de l'affection et indiquant, avec la plus grande inexpérience, le mode d'emploi.

Nous autres médecins qui assistions à ce spectacle, nous nous posions ce dilemme : ou ce remède est inoffensif et la guérison n'existe que dans l'imagination des parents à l'occasion de cas ayant guéri seuls ; ou bien, s'il contient des principes actifs, quelle imprudence de la part de celle qui le prépare en le distribuant de tous côtés, sans voir les malades, et sans juger la nature de la maladie ! Mais alors si cette hypothèse était la vraie, il devait un jour ou l'autre être donné à des médecins de constater des accidents.

C'est ce qui est arrivé en effet.

Depuis 1878, deux confrères de la contrée, avaient été surpris de la mort rapide et inexpliquée de quelques petits enfants confiés à leurs soins et chez lesquels on n'avait constaté que des simples indispositions (embarras gastrique, amygdalite légère, etc.), sachant surtout que ces enfants avaient absorbé le remède de la religieuse de Port d'Envaux, on s'était dit : ce remède doit être pour quelque chose dans la mort de ces enfants. Puis on se livrait à des suppositions sur sa composition, enfin quelques analyses, faites de droite et de gauche, nous avaient donné à penser que la base de cette spécialité était le chlorate de potasse.

Les choses en étaient là, quand en décembre 1880 survint une épouvantable catastrophe. Un de nos confrères, le Dr Ferret, de Saint-Porchaire, appelé près d'une fillette de trois ans, et constatant une simple amygdalite légère avec embarras gastrique, avait simplement prescrit 30 gr. de sirop d'ipéca. Le lendemain il revit sa petite malade et la trouva mieux : il engagea à ce moment, la mère à l'alimenter progressivement. Deux jours après, revenant dans le même village, quelle ne fut pas sa douloureuse stupéfaction, en apprenant que cette enfant était morte. Il prit des informations et finit par faire avouer au père, qu'on avait administré à l'enfant, le remède des sœurs de Port-d'Envaux. Il se fit raconter les circonstances de la mort : il sut, qu'après avoir avalé par cuillerée à bouche de 10 en 10 minutes, le contenu d'une fiole de 180 à 200 gr., cette enfant était

morte avec tous les symptômes d'un choléra rapide (évacuations, algidité, adynamie, etc.). C'était à n'en pas douter, le remède de la sœur qui avait causé la mort. Fort de cette conviction, notre confrère se rend à Saintes, va trouver au parquet l'honorable M. Giraud, alors procureur de la République et lui fit part de ce qui s'était passé. Le magistrat ne pouvait se convaincre ; mais en présence des affirmations si nettes de notre confrère, il chargea M. le juge d'instruction de faire procéder à une exhumation. L'autopsie fut faite par les docteurs Bouge et Desmesnards, de Saintes. Je n'entrerai pas ici dans tous les détails de l'expertise : qu'il vous suffise de savoir que l'estomac était le siége d'ulcérations étendues dans une partie de la muqueuse, précisément à l'endroit où, d'ordinaire, se rendent les liquides dans la position couchée. Les poumons étaient gorgés de sang et présentaient l'état que leur imprime la mort par asphyxie rapide. Les viscères furent mis dans un bocal et envoyés à MM. Brouardel et Lhote pour une expertise plus complète.

J'oublie de dire que la conclusion des experts de Saintes était que la mort avait dû avoir lieu à la suite d'ingestion de substance corrosive.

Dans un premier interrogatoire la religieuse incriminée déclara qu'elle composait son remède avec 15 gr. de chlorate de potasse dans 310 gr. de liquide pour les adultes, et 10 gr. dans 250 gr. pour les enfants : de plus, elle ajoutait qu'elle faisait administrer la potion par cuillerée à bouche toutes les dix ou quinze minutes, aussi bien chez les adultes que chez les sujets plus jeunes. Elle a essayé dans un second interrogatoire, et plus tard à l'audience, de revenir sur ces premiers chiffres ainsi que sur le mode d'administration : mais pour ce qui regarde ce dernier, les témoins se sont accordés à dire qu'on leur avait toujours dit : « de dix en dix minutes et par cuillerée à bouche. » Je ne veux pas entrer ici dans l'histoire physiologique du chlorate de potasse, mais il est évident que chez un enfant, une solution de 8 gr. pour 310 de véhicule donné de dix en dix minutes peut causer les désordres les plus grands. Le principe actif, n'étant pas absorbé et éliminé dans l'espace de dix minutes, entre dans le torrent de la circulation par la muqueuse de l'estomac ramollie : de là la production d'un choléra artificiel. Du reste, un médecin bavarois, le docteur Seligmüller de Halle-sur-Saale, dans un article sur le traitement de la diphthérie par les solutions concentrées de chlorate de potasse, a parfaitement indiqué dans quelles conditions il fallait administrer le médicament pour éviter les désordres dans l'économie. C'est ce que, du reste, est venu confirmer le remarquable rapport de M. Brouardel dont je ne puis, à mon grand regret, reproduire ici les conclusions.

Il y avait donc lieu d'exercer des poursuites contre la supérieure des religieuses de Port-d'Envaux. M. Brouardel avait affirmé que la petite fille soignée par notre confrère Ferret, était morte par l'ingestion à haute dose de chlorate de potasse.

Les débats de cette affaire ont rempli les audiences du 29 et 30 juillet dernier. Le public y était nombreux : mais la plupart des médecins de la contrée cités ou non, comme témoins, s'y étaient donné rendez vous. Nous étions heureux de voir enfin des poursuites exercées contre une de ces trop nombreuses communautés qui, à la face de la justice, et au mépris des lois, exercent impunément la médecine et la pharmacie. Nous nous disions entre nous que si la sanction de la loi et la peine encourue étaient mesquines, la poursuite n'en aurait pas moins eu lieu et que nos confrères voisins se sentiraient enhardis et remontés en voyant enfin nos droits et nos priviléges reconnus, depuis tant d'années qu'ils étaient méprisés.

Dans cette affaire, plusieurs confrères furent entendus : deux surtout ont fait des dépositions importantes et accablantes pour la religieuse prévenue. Ils ont raconté trois cas de mort survenus chez des enfants dans des circonstances particulières. Peu ou pas malades, ils avaient absorbé la spécialité de Port-d'Envaux et étaient morts... morts dans des conditions telles, que leur agonie rapprochée de celle de la petite fille soignée par le docteur Ferret, ne laissait aucun doute sur l'agent dont les effets toxiques étaient venus les frapper.

M. le procureur de la République, avec une énergie remarquable, s'éleva contre cette tendance coupable de la part des communautés à exercer la médecine et la pharmacie ; il a déploré cette stupide crédulité des parents à la campagne, et même à la ville, qui les porte à courir vers tout ce qui leur semble mystérieux quand il s'agit de guérisons, sans s'occuper des garanties offertes par ceux qui débitent ces spécialités.

Il a rigoureusement blâmé la religieuse prévenue de son imprudence à délivrer de semblables préparations à des enfants qu'elle ne voyait pas, pour des maladies qu'elle ne connaissait pas. Enfin il a requis une condamnation exemplaire, en disant, pour terminer, à la religieuse, qu'il ne lui manquerait pas d'autres moyens pour exercer sa charité!

La défense a été éloquente : mais que faire en présence des conclusions si nettes du professeur Brouardel? Pouvait-elle invoquer le bien accompli et les services rendus? Mais il y a d'autres moyens de faire le bien, sans exposer la vie d'autrui : et du reste la religieuse n'a-t-elle pas violé les textes de lois qui interdisent l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie?

Aussi l'acquittement demandé n'était guère à prévoir.

En effet, le tribunal, après avoir remis son jugement à huitaine, a-t-il condamné la supérieure des Religieuses de Port-d'Envaux à 500 fr. d'amende et aux frais qui s'élèveront à près de 3000 francs.

En sortant de l'audience, il était curieux de prêter l'oreille aux impressions de la foule. Les amis des bonnes sœurs se demandaient, malgré les révélations des débats, comment ils se procureraient désormais le *remède*! Que dire? Mon Dieu, comme dit notre confrère Notta, de Lisieux : « vouloir supprimer le charlatanisme, le merveil- « leux, vouloir empêcher d'avoir confiance dans le « maréchal du coin ou dans la religieuse dépo-

« sitaire d'un onguent fameux, c'est tout bonne-« ment impossible. »

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Mal de Pott d'origine syphilitique.

M. le professeur *Fournier* publie, dans les *Annales de dermatologie*, une observation relative à un fait d'une extrême rareté : c'est un mal de Pott d'origine syphilitique. Ce qui fait l'intérêt de ce cas particulier, c'est que sa nature syphilitique ne paraît pas douteuse. Il s'agit d'un homme de 56 ans, de développement athlétique, mais de santé manifestement altérée; c'est depuis quelques mois seulement que, sans cause connue, sa santé s'est troublée. Il a considérablement maigri, il s'est affaibli à proportion, et cela au point qu'il peut à peine marcher actuellement. Il a perdu l'appétit, il ne mange plus. En outre, ajoute-t-il, il souffre, depuis ce même temps, de douleurs dans les reins, douleurs constantes, habituellement sourdes, mais s'exaspérant par instants et retentissant dans les membres inférieurs. C'est là seulement ce qu'il accuse; mais un examen direct révèle nombre d'autres lésions dont ne parle pas le malade, et qui dérivent toutes, très sûrement, d'une infection syphilitique ancienne. Ce sont, à ne parler que des principales : sarcocèle spécifique, des tumeurs qui ne peuvent être rapportées qu'à des gommes, des ulcérations gommeuses, etc. Un traitement actif fut aussitôt institué, mais il fut impuissant à empêcher la cachexie qui emporta le malade quelques mois après. L'autopsie démontra, indépendamment des lésions indiquées, l'existence d'ulcérations syphilitiques du foie et des reins, de productions gommeuses au niveau du nerf lombaire, mais surtout de lésions multiples et considérables d'un mal de Pott affectant la colonne lombaire au niveau des deuxième, troisième et quatrième vertèbres de la région. La question était de savoir si ce mal de Pott, avec ses lésions considérables, bien qu'elles ne se fussent pas manifestées pendant la vie, était d'origine vulgaire ou spécifique. Cette dernière origine ne fait pas de doute pour M. Fournier, et il se fonde pour cela, sur un certain nombre d'arguments convaincants : c'est tout d'abord la raison d'âge, l'affection étant survenue à une époque de la vie où le mal de Pott tuberculeux, et c'était le seul dont les lésions auraient pu être rapprochées de ce cas, ne se manifeste presque jamais; la raison de constitution, car il s'agissait là d'un homme d'une santé exceptionnelle et sans aucune tare en dehors de la syphilis; la raison de coïncidences pathologiques, le mal de Pott s'était développé précisément en même temps que quantité d'autres lésions syphilitiques; et enfin la raison anatomo-pathologique, l'examen des pièces, fait par M. Hayem, ayant démontré qu'il s'agissait là bien en réalité d'altérations syphilitiques. On peut donc conclure de ces données, avec évidence, qu'il existait chez ce malade un véritable mal de Pott syphilitique. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

***

Traitement de l'anthrax.

A la *Société de chirurgie*, M. le professeur *Verneuil* résume ainsi la conduite à tenir dans le traitement de l'anthrax : sur cent anthrax, dit-il, il y en a peut-être quatre-vingts auxquels il ne faut pas toucher. J'ai souvent eu l'occasion de comparer la marche de l'anthrax chez deux malades entrés simultanément dans mon service, l'un ayant été crucifié en ville, l'autre n'ayant subi aucune incision; c'était toujours ce dernier qui guérissait le plus vite. On peut donc dire que quatre anthrax sur cinq doivent être abandonnés à eux-mêmes. Mais de là à dire qu'il ne faut jamais inciser! Il faut inciser les anthrax quand ils sont douloureux et quand ils ne se limitent pas d'eux-mêmes. Quant aux anthrax diabétiques, on ne sauve que ceux qu'on incise, l'anthrax diabétique ayant une grande tendance à la diffusion. Or, pour les anthrax diffus, le débridement par la cautérisation avec le thermocautère m'a toujours donné de merveilleux résultats. J'ai, par cette opération, ramené des moribonds à la vie. Voilà comment je procède : je fais avec le thermocautère des rayons, comme ceux d'une roue de voiture, dépassant d'un bon centimètre les limites du mal. C'est là une opération qui dure vingt minutes; aussi je prends soin d'endormir les malades. Dès le jour même, le vomissement, la fièvre, le délire tombent. C'est là un traitement d'une puissance extraordinaire. Il n'y a pas d'hémorrhagie. J'ai recours ensuite aux pansements antiseptiques. Quant aux anthrax petits et très douloureux, l'incision sous-cutanée de M. Alphonse Guérin me paraît une subtilité opératoire. Je n'en comprends pas la nécessité.

En résumé, les anthrax non douloureux et limités guérissent d'eux-mêmes, sans incisions. Mais il est formellement indiqué d'intervenir dans les anthrax douloureux, diffus et diabétiques.

***

Du traitement de l'indigestion; par le Dr Audhoui.

Ce traitement a pour but de favoriser le nettoiement spontané des organes digestifs, de le provoquer s'il tarde à se faire, et finalement de rétablir la digestion.

L'indigestion bénigne, extrêmement légère et comme avortée, n'exige aucun soin particulier : tout au plus le *grand air* et quelques cuillerées d'*eau-de-vie*, de *rhum* ou de toute autre liqueur. La *glace aromatisée* est admirable dans ces sortes d'indispositions, qui sont dues à un excès d'aliments et de boissons. Prise à la fin d'un dîner succulent et chargé de vins, elle facilite la digestion et prévient l'agitation, le coma vigil et l'insomnie même, qui suivent habituellement de tels repas.

Lorsqu'il y a lieu de croire que l'indigestion se terminera sans évacuations immédiates, le mieux est de faire coucher le patient s'il n'est

pas au lit, de le réchauffer, de lui présenter enfin un verre d'*eau fraîche*, légèrement aromatisée avec de l'*eau distillée de fleurs d'oranger*. Il boira cette potion par petites gorgées, et non tout d'un trait.

En même temps on activera les mouvements de l'estomac et des intestins par des *frictions* faites sur la paroi abdominale avec la main fortement chauffée et enduite de baume tranquille, d'huile de camomille camphrée ou d'huile d'olive même. Les serviettes chaudes appliquées sur l'épigastre sont fort utiles; elle ne valent pas cependant un doux massage des organes digestifs.

On favorisera, à l'aide de quelques infusions aromatiques tièdes, le vomissement spontané.

Si le patient, tourmenté par les nausées et les efforts pour vomir, ne vomissait pas, il faudrait provoquer l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, soit en portant le doigt sur la luette et les amygdales, soit en donnant un vomitif. Pour remplir cet objet, on peut se servir d'eau tiède bue à petit coups ou des compositions d'ipéca; le tartre stibié cependant, à cause de son administration facile et de sa plus grande énergie, paraît mériter la préférence.

Les désordres intestinaux ayant paru, s'il survient des évacuations faciles et copieuses, on se contentera de lotionner l'anus avec de l'eau fraîche, et l'on donnera finalement des lavements d'eau pure tiède. On évitera ainsi le ténesme et les cuissons.

Mais lorsque les coliques sont fortes, le ventre tendu et les évacuations tardives et peu abondantes, il convient d'administrer une composition purgative qu'on fera prendre suivant les circonstances, soit par la bouche, soit par l'anus.

J'emploie communément le lavement purgatif ou la limonade purgative gazeuse au citrate de magnésie édulcorée avec le sirop de groseille, et, si le malade le préfère, avec le sirop de grenadine; j'observe cependant qu'on peut faire usage de tout autre composition du même genre.

Ainsi, par exemple, chez les sujets qui répugnent à prendre une boisson purgative ou qui éprouvent des langueurs d'estomac avec un sentiment de réfrigération que ne pourrait qu'augmenter l'emploi des sels neutres en solution, il m'a paru préférable de mettre en usage la composition suivante :

Poudre de jalap............	60 centigr.
Poudre de magnésie blanche. .	60 centigr.
Huile volatile de girofle.....	2 gouttes.

Mêlez les poudres dans un petit mortier, ajoutez l'huile volatile, et mêlez très exactement. Divisez le produit en trois parties égale dont vous ferez trois bols enveloppés dans des pains azymes.

Je fais prendre ces bols, soit immédiatement l'un après l'autre, soit en trois temps séparés par un intervalle de quinze à vingt minutes.

Cette composition très élégante est généralement bien tolérée; elle évacue sans coliques et sans affecter l'estomac. La dose entière est pour les adultes; un seul bol suffit aux jeunes enfants, deux bols à ceux qui sont un peu plus âgés.

Les voies digestives étant nettoyées à fond, il ne reste plus qu'à supprimer, s'il est possible, les causes qui ont provoqué l'indigestion et à recommander la sobriété.

(*La Thérapeutique contemporaine*).

Singulier cas de suicide. — Un poignard dans le crâne produisant une plaie du cerveau sans symptômes. Dr DUBRISAY (*Paris-médical*).

Un homme se disputait le 8 avril avec sa femme, au sujet de l'argent du loyer qu'il ne pouvait lui fournir. Accablé d'injures par elle, il voulut en finir avec la vie. Prenant un petit poignard long de 10 centimètres, il le plaça verticalement sur le sommet de la tête et à l'aide d'un marteau il l'enfonça jusqu'à la garde. Cela fait il n'en fut pas plus avancé. Non seulement il ne lui était pas venu d'argent, mais il n'en avait pas fini avec la vie, et il ne sentait rien. Il avait toute son intelligence et l'usage de ses sens et de ses mouvements. Très embarrassé d'avoir si mal placé son poignard il dut faire appeler le médecin qui essaya d'arracher ce couteau de la boîte du crâne, mais tous les efforts furent infructueux. On appela M. Dubrisay. Nos deux confrères ensemble ne furent pas plus heureux. Ils soulevaient le malade en tirant sur le manche du poignard, mais l'arme solidement fixée dans les parois du crâne ne bougeait pas. Alors on conduisit le malade dans un atelier du voisinage pour avoir des moyens de traction suffisamment énergiques. Placé entre deux portants, ayant dans leur intervalle une forte pince de fer mise en mouvement par une force mécanique, assis par terre et bien maintenu, la lame du poignard fut saisie, tirée sans secousse et arrachée, enlevant un peu le malade qui retomba sur le sol. Il se leva aussitôt, et se mit à marcher, à causer et reconduisit M. Dubrisay à sa voiture, en lui disant : *merci*. La lame de l'instrument était un peu courbée vers la pointe. On voyait qu'elle s'était heurtée à un corps dur qui était la fosse occipitale. Craignant de voir apparaître des accidents de méningite, le malade fut conduit à Saint-Louis dans le service de M. Péan, mais il en est sorti au bout de huit jours, sans qu'il se soit développé d'accidents inflammatoires ou paralytiques.

Comme procédé de suicide, celui-là est curieux et on peut le publier sans crainte de produire une épidémie d'imitation.

Comme blessure de l'encéphale il est plus curieux encore. D'après ce que nous avons pu voir, les 10 centimètres de lame ont pénétré près du bord postérieur des pariétaux, vers la ligne médiane. En supposant que la lame ait passé entre les deux hémisphères sans les léser, elle a dû arriver sur la tente du cervelet en arrière de la protubérance, traverser à côté du bulbe le pédoncule cérébelleux et le cervelet, pour venir se courber sur la fosse occipitale en arrière du trou de ce nom. Il est difficile d'admettre qu'elle ait intéressé le bulbe. Dans le chemin que nous supposons qu'elle a parcouru, il est déjà bien assez extraordinaire qu'elle n'ait occasionné aucun désordre du mouvement ou des sens. A quoi servent les parties du cerveau tran-

chées par l'instrument, c'est ce qu'on peut demander aux localisateurs. Pour nous, confessant notre ignorance, nous déclarons n'en rien savoir.

*
* *

Moyen pratique de distinguer les entorses péronéo-tibiales antérieures des fractures du péroné.

Pour le professeur Verneuil, cinquante pour cent des fractures de l'extrémité inférieure du péroné ne sont que des entorses : si l'on fait si souvent un diagnostic erroné, cela tient à ce qu'on ne regarde pas d'assez près.

1° Il n'y aura pas fracture du péroné, lorsque le malade aura pu marcher après l'accident : on voit quelquefois des malades qui font des courses assez longues après leur chute.

2° Si l'on frappe fortement contre le talon du malade, celui-ci n'éprouvera aucune douleur : or, pour le professeur Verneuil, c'est un signe certain de fracture de déterminer une vive douleur dans un os quand un coup sec sur une extrémité rapproche les surfaces des deux fragments.

3° Enfin, dans l'entorse, on ne cause pas de douleur au malade en pressant avec le pouce sur le péroné, tandis que, si l'on applique le doigt entre le péroné et le tibia et sur les ligaments voisins, on fait ressentir au malade une souffrance très aiguë.

Voilà, pour le professeur Verneuil, le signe pathognomonique de l'entorse péronéo-tibiale.

(*Le Praticien*).

*
* *

Psychopathie religieuse de Alia

M. le Dr Moreau (de Tours) vient de publier dans le *Journal d'hygiène* la note suivante, relative à une nouvelle épidémie de délire religieux qui vient de se manifester à Alia.

On n'a pas oublié l'épidémie de démonopathie qui, dans ces dernières années (1878) frappa la population de Verzegnis (Udine). L'enquête faite en Italie, avec un soin remarquable, par les docteurs G. Chiap et F. Franzolini, démontra de la manière la plus évidente, sa nature morbide et son analogie avec les épidémies si fréquentes qui étonnèrent le moyen âge.

Actuellement, les mêmes phénomènes se reproduisent en Italie, dans la commune d'Alia. Notre savant confrère le Dr A. Giordano, appelé en ce pays pour remplir un devoir de sa profession, eut l'occasion d'étudier sur place cette épidémie, et publia le résultat de ses observations, dont nous sommes heureux de pouvoir donner ici un rapide aperçu.

Située dans un pays inaccessible, sans grandes voies de communication, Alia semble avoir une vie à part, en dehors de toute civilisation, et reporte le visiteur à plusieurs siècles en arrière. Les plus élémentaires notions d'hygiène n'ont jamais pénétré dans cette contrée, et, un exemple entre mille, les habitations du peuple sont de véritables tannières, n'ayant qu'une seule et unique ouverture, et où vivent pêle-mêle hommes et bêtes. Presque tous les habitants se marient entre eux ; aussi la folie dans toutes ses manifestions, l'idiotie, l'imbécilité, la surdi-mutité, l'épilepsie, le suicide....., etc., est-elle des plus fréquentes dans les familles.

Dans un pareil milieu, la religion outrée avec ses pompes imposantes, devait faire de nombreux prosélytes. La superstition aidant, il n'y avait qu'un pas pour arriver au fanatisme et au délire religieux (1). Ce pas fut vite franchi, et le délire éclata à la suite d'une procession faite en vue d'obtenir du ciel la pluie si nécessaire, à la suite des grandes sécheresses de Février, Mars et Avril. La statue de Saint-François fut promenée avec toute ela pompe et la solennité que le clergé sait déploye an pareille occurence. Un fanatique ayant affirmé fvoir vu l'eau couler sur la figure du saint, une toule de gens vit aussitôt la sueur perler sur les fraits de l'image vénérée. Bientôt ce miracle ne lut plus révoqué en doute par personne, et on l'attribua à l'intercession de Rosalia Giallonbarda.

Agée de 22 ans, fille d'honnêtes bourgeois, cette femme avait eu autrefois des attaques d'épilepsie dont elle avait été guérie, disait-elle, par l'intermédiaire du saint. Mais, depuis, elle était sous la domination d'un mysticisme religieux excessif accompagné d'allucinations. Rosalia communiqua bien vite son délire à son père et à ses frères, et, ainsi qu'il arrive presque toujours en pareille occurence, à des étrangers. La nouvelle de ce miracle se répandit avec la rapidité de l'éclair et les habitants des pays circonvoisins accoururent en foule contempler ceux que Dieu avait choisis pour manifester ses volontés aux pauvres humains.

L'autorité s'émut, et, voulant prévenir des désordres imminents, ne sachant quelle digue opposer à ce torrent de fanatiques, ordonna l'arrestation de Rosalia. A cette nouvelle, l'émotion fut grande : l'incarcération de Rosalia fut considérée comme un sacrilège. La visionnaire devint le sujet de chants et de récits les plus insensés. On avait même vu le saint entrer dans sa prison !

Bien loin d'atteindre le but qu'on se proposait, le résultat de cette mesure fut un redoublement de fanatisme et de délire. Cette épidémie, ajoute notre savant confrère, est remarquable par le nombre d'adultes qui en furent atteints, par la rapidité avec laquelle elle se propagea, par la tendance à prendre de l'accroissement, compromettant la sécurité des gens qui ne voulaient pas faire cause commune.

Nous sommes parfaitement de l'avis du Dr Giordano, et nous reconnaissons avec lui que l'intervention de l'autorité a été dans cette circonstance et vu la nature exceptionnelle des habitants d'Alia, plutôt nuisible qu'utile. Comme lui, nous croyons qu'il serait préférable d'envoyer une mission scientifique qui, après avoir étudié l'origine, la nature de l'épidémie, le *modus vivendi* des

(1) Déjà, quelques mois auparavant, plusieurs femmes tombées en délire par suite de leurs pratiques exagérées avaient été exorcisées..... mais en vain !

habitants de cette contrée, pourrait donner à la police sanitaire les indications d'une thérapeutique raisonnée, qui, plus que tout autre moyen, serait propre à étouffer le mal et à en prévenir le retour.

CAUSERIE

TAILLABLE ET CORVÉABLE A MERCI

Si demain, le préfet de votre département prenait un règlement de police ainsi conçu :

« *Nous, préfet de... vu.... etc.. considérant.... etc.*

« *Arrêtons :*

« ARTICLE PREMIER. — *Le prix des courses à l'heure des voitures de place est fixé ainsi qu'il suit :*

« *Pour la première heure. . . .* 0,15

« *Pour les heures suivantes. . .* 0.10

« ART. II. — *Les entrepreneurs de voitures « qui voudront accepter ces tarifs, devronten « faire la déclaration au bureau du commis- « saire central de...* »

Si le préfet, dis-je, publiait un tel règlement, je gage que non-seulement aucun entrepreneur ne se rendrait aux bureaux de M. le commissaire, mais que ce serait un *tolle* général; pas un cocher ne voudrait accepter un prix aussi peu rémunérateur.

Ce que l'autorité n'oserait faire pour Messieurs les automédons, elle le fait tous les jours pour une corporation, ce me semble aussi respectable, celle des médecins. Tous les jours on nous impose de ces tarifs humiliants, et tous les jours il se trouve des titulaires en masse pour remplir ces fonctions aussi honorables que mal retribuées. Franchement on ne saurait blâmer le gouvernement, les administrations, les sociétés d'en agir avec une telle désinvolture. Ils seraient, par ma foi, bien sots d'augmenter leurs prix lorsqu'ils peuvent être servis à si bon compte ; lorsqu'ils peuvent à si bon compte se payer le prix d'un médecin au rabais.

J'ai sous les yeux un petite brochure intitulée :

Instruction pour l'exécution de la loi du 23 décembre 1874, protection des enfants du premier âge.

C'est en la parcourant que l'idée m'est venue d'en faire l'analyse. Jugez s'il est permis de se moquer de nous plus indécemment!

Et voici le résumé de cette loi!!

Une commission est créée pour la surveillance des enfants en nourrice. Cette commision se compose DE DROIT de deux mères de familles, du curé, du maire (président), de membres nommés par le préfet et de un ou plusieurs médecins NOMMÉS aussi par le préfet et RÉVOCABLES, toujours par le préfet. Le médecin doit voir l'enfant dans *la huitaine* du jour de son arrivée (délai maximum). Il doit ensuite le visiter *au moins une fois* par mois (au minimum) et à toutes les *réquisitions du maire;* adresser à ce dernier un bulletin indiquant la date et les résultats de sa visite; adresser chaque année un rapport de sa circonscription, et dresser une liste, par commune, des femmes les plus aptes à recevoir un enfant à nourrir. Il doit tenir un registre coté, paragraphé, qu'il communiquera aux commissions locales *toutes les fois qu'elles le demanderont*. Les parents pourront aussi en *obtenir des extraits*.

Le médecin doit *assister aux séances mensuelles* de la commission, aux séances *extraordinaires* demandées par le maire ou par UN membre quelconque du comité. Le rôle du médecin est exclusivement médical. Il doit provoquer les décisions administratives, ne JAMAIS *en prendre personnellement*, toutes les mesures obligatoires devant émaner du préfet, du maire ou de la commission. Le MÉDECIN N'A PAS VOIX DÉLIBÉRATIVE mais *consultative*. Quant au mode de rémunération le plus ÉQUITABLE, il consiste à allouer aux médecins une somme annuelle et fixée par enfant.

O ! sainte Administration, patronne des paperasses et des inutilités, arche sacrée, vase insondable de surprises, absurdité toujours ancienne et toujours nouvelle, ayez pitié de nous; mais avouez...que c'est renversant!

Je sais bien qu'il est avec le ciel des accommodements. Je sais que dans son for intérieur pas un seul de mes confrères, ayant accepté ces conditions inacceptables, n'entend observer ce règlement; que l'inspecteur tiendra ou ne tiendra pas son registre, qu'il ira voir l'enfant lorsque sa visite sera nécessaire, voilà tout; qu'il ne laissera pas sa clientèle pour assister aux séances, et que le jour où ils l'ennuieront, il mettra à la porte, parents, commission et mère de famille. Mais alors à quoi bon une loi inexécutable et n'étant point mise à exécution?

Pas un de ces articles qui soutienne le raisonnement, pas un de rationnel. — Je vais vous conter une histoire.

La maison d'école de mon village est inhabitable, on la reconstruit. Une commission est nommée; elle se compose du chantre de la paroisse (un sabotier), du boulanger et d'un maréchal-ferrant. M. le maire veut bien y admettre le maître maçon, mais défense lui a été faite de prononcer une seule parole, sinon...

Vous riez, chers confrères; lisez donc un peu le premier article de la loi, celui que je cite, et dites-moi, au point de vue de la logique, la différence qui existe entre ces deux comités!

Puis, nous voilà du premier coup sous la férule du gouvernement. Il choisit; et tout en lui concédant l'impartialité la plus entière, je ne crois pas avancer une chose exorbitante en disant que les opinions du postulant pèseront de beaucoup dans la balance; qu'un candidat en faveur sera préféré au médecin *mal noté*, à égalité, voire à infériorité de mérite. Cela s'est vu, se voit, se verra toujours.

Joignez à ceci le droit de révocation attribué au préfet, et jugez la position qui nous est faite.

Le second commandement, après avoir donné *ses huit jours* à l'inspecteur, ajoute :

Les nourrissons tu visiteras
A tout le moins douze fois l'an.

Nos honorables députés, ne se doutant pas de ce que peut être la médecine de campagne, ont voté sans penser à mal.

Mais nous avons là bas d'autres honorables, des confrères à qui je me permettrai de soumettre le petit calcul suivant : « que je déclare, sur l'hon« neur, conforme à la vérité et aux principes « de... » l'arithmétique.

Supposons un chef-lieu de canton quelconque; supposons dix enfants en nourrice confiés à l'inspecteur ; mettons 14 kilomètres comme maximum de distance du village le plus éloigné et 6 seulement comme moyenne. A une visite par mois, cela fait douze fois douze, 144 kilomètres. Comme il soigne dix enfants, nous avons au total 1,440 kilomètres EXIGIBLES ! Puis il y a les visites sur réquisition de M. le maire, de la commission, etc., n'en supposons que dix; c'est bien peu!! voilà 120 kilomètres de plus ; en tout 1,564 kilomètres ! Dans les montagnes, 5 kilomètres à l'heure, c'est tout ce qu'on peut faire, total, trois cents heures d'employées; en admettant un travail de dix heures par jour, *un mois* sur douze de perdu. Ce que le médecin gagnera pendant ce mois..., je vous le dirai plus tard.

Vous croyez que tout est terminé? ah que nenni! et le bulletin à fournir au maire ! vingt-deux visites, vingt-deux bulletins. Puis le *grrrand* rapport général annuel sur l'état *de sa circonscription*, puis *la liste, par commune, des femmes les plus aptes à recevoir un enfant.*

Ah par exemple, ici, cela devient embarrassant. Comment diable, M. l'inspecteur s'y prendra-t-il, pour s'assurer des *capacités nourricières* des paysannes de la contrée ? Il n'y a qu'un moyen, la visite; les bonnes femmes s'y soumettront-elles? Si l'on attend qu'elles se présentent d'elles-mêmes dans le cabinet de l'inspecteur, on attendra longtemps. Le malheureux ! Le voilà donc condamné à de nouvelles courses ! cherchant par monts et par vaux les glandes mammaires les plus luxuriantes, les plus rebondies, absolument comme les compagnons de saint Antoine à la découverte des truffes, le voilà flairant à distance les vraies *mammifères ;* obligé, par profession, à faire de nouvelles études pour diagnostiquer de *visu*, sous une triple ou quadruple enveloppe, les glandes lactifères d'avec le textile vulgairement nommé *coton*. Car j'ai tout lieu de croire que ce travail s'exécutera clandestinement, à la dérobée et que le médecin n'ira pas décolleter toutes les nourrices de son canton sous le fallacieux prétexte de se rendre compte de l'état de leurs seins plus ou moins d'albâtre !

Sa liste dressée, s'il ne veut point faire de sa maison un bureau de placement, il ne lui restera plus, pour que nul n'en ignore, qu'à la placarder sur la porte de l'église. Nos législateurs n'y ont pas songé. On ne songe pas à tout.

Ce n'est pas fini : Il doit tenir un registre que la commission et les parents auront le droit de consulter quand bon leur semblera.

Si la commission requerra la communication des registres ? Inutile de le demander. Il y aura là, dans chaque canton, quelques bonshommes, épiciers retirés du commerce, marchands de soupes enrichis, qui, pour se donner de l'importance, ne manqueront jamais à chaque séance du comité de s'écrier majestueusement : Je demandons ou, je demande (suivant le degré d'instruction), à vérifier les *régisses* de *mosieu le doteur*.

Et les parents qui voudront avoir *les extraits* ! ce sera la procession. Vous verrez qu'on sera forcé de distribuer des numéros d'ordre.

«Le médecin est convoqué aux séances ; » juste ciel ! vous doutez-vous de cette faveur ? Il est vrai que, fâchée sans doute d'y avoir introduit cet élément hétérogène, la loi se hâte de l'annihiler. Défense lui est faite de prendre une décision; quant à son opinion,... il a voix consultative, c'est tout dire. Jugez donc si l'inspecteur allait faire de la médecine, de l'hygiène ! ah ! ah !! fi donc. Qu'on lui demande son avis, passe encore, mais le suivre ! ! (Mon maçon de tout à l'heure)! Arrive enfin la question pécuniaire. La Chambre a compris qu'un homme à qui l'on demande trop de courses, visites, bulletins, rapports, registres doit être *largement* indemnisé.

« Le mode de rémunération le *plus équitable* (lisez : *le plus* économique) consiste à allouer tant pour enfant. » Et là dessus vous rêvez des sommes folles, fabuleuses ! Non messieurs ce n'est pas cinquante francs, trente francs, vingt francs ; ce n'est pas même cinq francs, quatre francs, c'est UN franc, VINGT SOUS *par mois*; approchez! Boum. Boum.

Pour vos dix malades vous recevrez 130 fr. par an. Vous aurez donc fait 1,500 kilomètres pour 130 francs ce qui vous donne une paye de *huit centimes* pour mille mètres, vos paperasses et votre temps perdu par-dessus le marché.

C'est peu, direz-vous, soyez raisonnables ; le travail d'un facteur rural est bien autrement pénible que le vôtre et il ne touche que *sept centimes* par kilomètre ! d'ailleurs ne trouverez-vous pas « votre récompense dans le sentiment du devoir accompli ? »

Si je deviens jamais ministre (c'est un accident qui peut arriver à tout le monde), la première loi que je présenterai à la Chambre sera celle-ci :

Art. I. Le traitement du Ministre de l'intérieur (ce serait le mien) est fixé à quatre cent quatre-vingt-dix mille francs trente-cinq centimes par an.

Art. 2. Les députés, sénateurs, préfets, etc., recevront une indemnité annuelle de six francs vingt centimes : la plus belle récompense de leurs travaux ils la trouveront dans le sentiment du devoir accompli.

Reste à savoir si ces messieurs ne me répondraient pas que «le sentiment du devoir accompli» est une monnaie qui n'a cours ni chez le boucher, ni chez le boulanger.

Dr A. BARRY (*de Royat*).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1er Octobre 1881 — 3me Année. — N° 40

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

Revenons sur un intéressant mémoire que M. le Dr *Smester* a lu à l'Académie dans la précédente séance. Comme nous l'avons dit, l'auteur étudie, dans ce mémoire, la respiration des premières voies.

Il divise son travail en trois parties : inspiration, expiration, conclusions. Après avoir exposé tout au long son procédé expérimental, il pose la loi suivante : L'inspiration se fait par le nez seul, ou par la bouche seule; jamais par les deux orifices à la fois. — Même loi pour l'expiration. Pour résumer, il formule la loi suivante : *La respiration, dans l'état physiologique de nos organes, se fait par le nez seul, ou par la bouche seule ; jamais par les deux conduits en même temps.* Les expériences faites à la Pitié, dans le service de M. le Professeur Lasègue, devant MM. les docteurs Brochin, Brissaud, de Beurmann, Limbo, etc., et un grand nombre d'étudiants en médecine, ont paru absolument irréfutables. M. Smester conclut donc en disant : 1° que l'on peut respirer par la bouche ou les narines *ad libitum*; 2° que rien ne passe par les narines, quand on respire par la bouche; et vice-versâ, en supposant que l'on tienne la bouche ouverte, quand on respire par le nez; 3° que, pendant les inhalations de chloroforme ou de toute autre vapeur, on inspire par le nez ou la bouche, jamais par l'un et par l'autre à la fois, donc quand on inspire par le nez, aucune bulle d'air ne pénètre *en même temps* par la bouche; 4° que l'on peut respirer sans crainte par la bouche, tandis qu'on fait des injections liquides par les narines.

M. *Gosselin* fait un intéressant rapport sur un mémoire de M. *Périer*, intitulé : *Deux observations de taille sus-pubienne avec distension préalable du rectum (méthode de Petersen).*

Deux motifs sérieux avaient jusqu'ici empêché les chirurgiens d'adopter la taille sus-pubienne comme méthode générale pour l'extraction de la pierre : 1° la crainte d'ouvrir le péritoine ; 2° la difficulté de s'opposer, après l'opération, à l'infiltration de l'urine au-devant de la vessie. Pour éviter le premier danger, le Dr Petersen (de Kiel) a employé l'injection médicale de Roussel, en y ajoutant la propulsion de la vessie en haut et en avant, au moyen d'un pessaire en caoutchouc (de Gariel) qu'il introduit dans le rectum et qu'il remplit ensuite d'eau ou d'air. Cette manœuvre faisant remonter la vessie et, avec elle, le péritoine, laisse le champ libre à l'opérateur. Pour parer au second inconvénient, M. Périer, pendant les vingt jours qui ont précédé l'opération, a fait des injections quotidiennes d'émulsion de Gaultheria et, à l'intérieur, il a administré le salicylate de soude (1 gr. 50).

Les soins consécutifs à l'opération ont eu pour but de faciliter la sortie complète de l'urine au-delà de la plaie; pour cela, M. Périer a introduit dans la vessie deux longs siphons, l'un par la plaie, l'autre par l'urèthre.

M. *Briquet* lit un travail intitulé : *De la prédisposition à l'hystérie.*

Sur un ensemble de quarante-deux sujets devenus hystériques à la suite de troubles de la menstruation, il s'en est trouvé vingt-et-un chez qui l'hystérie s'est dissipée dès la réapparition des menstrues, après une suspension qui avait duré de deux à quatre mois. Ce fait, de la plus haute importance, constitue une indication de premier ordre.

M. Polaillon présente un opéré chez lequel il a réséqué l'extrémité inférieure des deux os de la jambe par un procédé qui lui est propre. Ce procédé diffère de celui qui est généralement usité par la conservation de la malléole externe, laquelle assure à la nouvelle articulation une grande solidité, surtout dans le sens latéral.

M. Constantin Paul lit une note sur le *traitement des tumeurs érectiles par la vaccination.*

Depuis que nous cultivons le vaccin sur la génisse, dit M. Constantin Paul, nous avons à notre disposition des quantités de vaccin qui permettent de recourir à des procédés plus efficaces pour faire pénétrer le vaccin dans les tumeurs.

Le nouveau procédé qu'il a imaginé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles, qui seront plus tard des digues cicatricielles, c'est-à-dire des digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture de ses vaisseaux. C'est d'ailleurs le procédé qu'il a adopté pour la vaccination ordinaire. M. Constantin Paul a eu quatre fois l'occasion de traiter par la vaccination des tumeurs érectiles d'une surface plus ou moins considérable, et chaque fois le résultat a été des plus satisfaisants. Comme preuve de ce qu'il avance, il présente à ses collègues un jeune enfant d'un an, qu'il a opéré il y a six mois, et qui présentait alors, à la nuque, trois tumeurs érectiles dont deux étaient plus larges que des pièces de vingt sous, puis une dernière occupant toute la région occipitale et remontant du côté droit derrière l'oreille jusqu'au sinciput. En un mot, la tumeur couvrait presque toute la nuque et un quart de la surface crânienne. L'opération n'a été suivie d'aucune espèce d'accident, et la plaie, traitée par la méthode antiseptique, a mis trois mois à se cicatriser. Les résultats sont les suivants : l'inoculation a pris partout ; la cicatrice forme une surface continue ; elle est blanche, ne comprenant que le derme, qui est dévascularisé. Elle est encore soulevée par le développement des vaisseaux sous-cutanés qui la font proéminer dans une certaine étendue. D'après les résultats obtenus dans les autres cas qu'il a opérés, M. Constantin Paul a sujet d'espérer qu'il y aura plus tard une atrophie de la portion restante du tissu morbide.

M. *Blot* fait remarquer qu'il faut diviser les tumeurs érectiles en tumeurs superficielles et profondes, cutanées et sous-cutanées.

Les superficielles ou cutanées, *les taches sanguines*, sont seules guérissables par la vaccination. Pour celles qui ont une épaisseur plus ou moins grande, depuis un millimètre jusqu'à un centimètre et plus, il ne faut pas songer à la vaccination qui aurait le double inconvénient, et de ne pas guérir la maladie, et de lui laisser le temps de s'accroître : or, on sait avec quelle rapidité peuvent s'agrandir ces sortes de tumeurs. La vaccination, appliquée sur ces dernières, peut produire un tissu cicatriciel superficiel qui change la couleur de la tumeur, la rend blanchâtre, au lieu de violacée, mais ne la guérit pas. Quant au procédé opératoire, M Blot préfère pratiquer d'abord les éraillures superficielles, les laisser saigner et n'appliquer le vaccin qu'au moment où l'écoulement sanguin se tarit.

M. *Gosselin* appuie fortement les observations de M. Blot ; pour lui, l'enfant présenté par M. C. Paul n'est pas guéri du tout et la guérison ne peut être obtenue, chez lui, que par les cautérisations au fer rouge.

M. *J. Guérin* croit que les tumeurs érectiles sous-cutanées peuvent être traitées avec succès par les scarifications sous-cutanées : il recommande ce procédé à M. Paul pour compléter la guérison de son petit malade.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE L'ARTHROTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES.

Les affections chirurgicales des jointures sont fréquentes, mais ces régions sont douées d'une telle susceptibilité que longtemps on a cherché à leur appliquer les moyens de traitement les plus bénins. C'est avec crainte que tout chirurgien entreprenait le traitement d'une plaie articulaire, et longtemps on eût accusé de témérité ceux qui auraient osé ouvrir une articulation pour évacuer du pus ou pour extraire des corps étrangers.

L'arthrotomie ou taille articulaire, comme l'a

nommée le professeur Verneuil, pratiquée depuis plusieurs siècles, n'a été réglée que de nos jours. C'est aux pansements de la méthode antiseptique qu'elle doit d'être devenue une opération presque inoffensive. Lorsqu'on parcourt les observations parues depuis quelques années sur ce sujet, on voit qu'on l'a pratiquée sur une grande échelle; et que surtout en Allemagne on l'a bientôt appliquée au traitement de presque toutes les maladies articulaires avec épanchements aigus ou chroniques.

Nous croyons toutefois que, suivant les règles d'une pratique chirurgicale prudente et éclairée, il est bien des cas qui auraient pu guérir sans l'arthrotomie; néanmoins tout chirurgien doit savoir la faire là où elle est la seule et dernière ressource; mais il ne doit pas, pour cela, oublier les autres modes de traitement.

Les maladies articulaires justiciables de l'arthrotomie peuvent être rangées en trois catégories. Ou bien une articulation *saine* est atteinte par un traumatisme; ce sont les plaies pénétrantes articulaires simples ou avec inclusion de corps étrangers, les fractures articulaires, quelques luxations.

Dans une seconde classe de faits, nous rangeons les arthrites purulentes aiguës traumatiques ou de cause générale.

Enfin notre troisième série de cas se compose des lésions chroniques telles que l'hydarthrose, les abcès froids articulaires et surtout les corps étrangers. Nous n'entreprendrons pas de faire ici l'histoire de toutes les arthrotomies pratiquées dans ces diverses circonstances, nous voulons seulement attirer l'attention sur les progrès qui se sont accomplis dans cette opération sous l'influence des procédés modernes.

Rappelons à nos lecteurs quelques notions anatomiques que l'on aura toujours présentes à l'esprit quand on voudra pratiquer la taille articulaire. Il existe pour chacune de nos grandes articulations diarthrodiales des points d'élection où l'on peut percevoir la fluctuation d'un épanchement; c'est toujours dans ces points où les parties molles ont la moindre épaisseur qu'il convient d'attaquer les jointures.

Au genou on pourra choisir suivant les cas; veut-on une large ouverture pour faire passer un arthrophyte volumineux? On ouvrira le cul-de-sac supérieur de la synoviale en dedans ou en dehors du tendon du triceps; ou bien on attaquera la jointure au niveau d'un des culs-de-sac inférieurs. On a même extrait un corps étranger par le creux poplité. Au cou-de-pied, c'est de chaque côté des tendons extenseurs; au coude, c'est sur les côtés de l'olécrane, surtout au côté externe qu'il conviendra de chercher la fluctuation ou d'enfoncer le bistouri. L'articulation de l'épaule sera accessible dans l'interligne pectoro-deltoïdien.

§ 1. — *Plaies articulaires. Fractures. Luxations.*

L'ouverture accidentelle ou chirurgicale d'une jointure était toujours autrefois considérée chose redoutable. L'observation des faits justifiait cette méfiance. Tantôt à la suite d'une plaie pénétrante survenait une arthrite traumatique purulente à marche suraiguë suivie d'infection septicémique et d'une mort rapide. D'autres fois la suppuration s'établissait et durait de longs mois avant d'aboutir à une tardive guérison. Et encore qu'appelait-on guérison? C'était l'ankylose de la jointure malade; l'abolition complète de ses fonctions!

Les choses ont heureusement changé de face; l'application rigoureuse de la méthode de Lister au traitement des plaies articulaires donne les plus heureux résultats. Le nettoyage exact de la plaie, le lavage de la jointure si celle-ci est largement ouverte, l'enlèvement des corps étrangers, balles, morceaux de bois ou d'étoffe, au besoin le *débridement* et surtout *le drainage* dans les plaies de guerre, telles sont les principales indications.

Mais on a encore été plus hardi, et Lister a plusieurs fois pratiqué l'arthrotomie comme opération préliminaire pour réduire des fractures articulaires ou des luxations. Il a fait, il est vrai, peu d'opérations de ce genre; mais toutes ont réussi; une fois il a ouvert le genou pour réduire une fracture de la rotule et faire la suture osseuse; d'autres fois il a pratiqué dans l'articulation du coude ou dans la tibio-tarsienne la résection de cals vicieux avec un plein succès.

Plusieurs fois l'habile chirurgien a réduit des luxations du pied irréductibles. Wolkmann a même pratiqué l'arthrotomie pour réduire une luxation coxo-fémorale datant de deux mois (1).

Nous n'insistons pas, à dessein, sur ces hardies opérations, attendant d'en connaître des cas plus nombreux qui permettent d'asseoir plus solidement la pratique chirurgicale.

§ 2. — *Arthrites aiguës, purulentes, traumatiques ou pathologiques.*

Combien actuellement est amélioré le pronostic des suppurations articulaires aiguës? Autrefois on n'osait attaquer les abcès chauds des jointures; ou bien on laissait la suppuration distendre peu à peu l'article et se faire une voie au dehors; le plus souvent alors, le malade était emporté par une pyohémie rapide ou par la fièvre hectique consécutive à une suppuration prolongée. Si on intervenait, c'était pour amputer ou pour désarticuler le membre malade.

J.-L. Petit, dans les arthrites purulentes traumatiques, recommanda les incisions larges et multiples; sa pratique fut plus tard préconisée par Boyer, et Bonnet l'accepta, en recommandant l'immobilisation rigoureuse pendant toute la durée du traitement.

L'illustre chirurgien de Lyon n'était pas aussi hardi dans le traitement des arthrites purulentes spontanées. Recommandant d'abord l'immobilité absolue dans le but d'*obtenir l'ankylose*, il conseille d'attendre que le pus perfore la peau de lui-même. Redoutant à bon droit, c'était permis de son temps, les complications de l'ouverture, il condamne la pratique des ponctions successives

(1) Berliner klinische Wochenschrift. N° 28, 1877.

et étroites de Boyer et dit : « qu'il faut toujours « bien se garder de frayer au pus une issue qui « resterait béante, car cette opération pourrait « être suivie des plus graves complications. » La pratique chirurgicale a changé, les accidents d'une trop longue expectation : les dangers des ponctions capillaires, et l'innocuité relative de l'arthrotomie, ont fait adopter cette dernière. Nous voilà en présence d'une arthrite aiguë traumatique, ou bien d'une arthrite pathologique consécutive au froid, à l'état puerpéral, à la pyohémie, à la blennorrhagie, un épanchement considérable distend une jointure chaude et douloureuse, que faut-il faire? Quelquefois l'absence d'œdéme périarticulaire permet un doute sur la nature de l'épanchement; on peut alors, au moyen d'une ponction capillaire, avec aspiration, vérifier le contenu de l'article. Sort-il du pus? l'arthrotomie est formellement indiquée; sort-il de la sérosité? la ponction aura diminué les douleurs en faisant baisser la tension du liquide et souvent elle aura un résultat favorable, pourvu qu'on immobilise le membre aussitôt après. Dès qu'on a reconnu l'existence du pus dans une jointure, il faut *ouvrir largement, il ne faut pas attendre*; car une ouverture hâtive empêche les désordres articulaires de s'accentuer, elle permet d'explorer les surfaces cartilagineuses, l'état des os, elle permet de pratiquer, s'il y a lieu, des résections pour enlever des extrémités osseuses malades. Quand le pus est évacué, il faut faire avec une solution phéniquée à 2 1/2 pour 100, un lavage minutieux de la jointure; on placera ensuite un ou plusieurs drains suivant le besoin, puis, la plaie étant fermée par quelques points de suture au fil d'argent, on recouvrira le tout d'un pansement antiseptique. On peut, dès maintenant, juger les bons résultats de cette méthode; la thèse de Marchandé (1) contient déjà bon nombre d'observations dans lesquelles l'opération avait non-seulement tari la suppuration, mais encore avait permis la conservation des mouvements. M. Lucas-Championnière a aussi publié plusieurs observations concluantes; entre autres celle d'une arthrite puerpérale du genou, guérie par une incision de 10 à 12 centimètres au côté interne de la rotule. Il conseille de ne pas immobiliser rigoureusement le membre durant le traitement; cependant nous avons vu à la Société de chirurgie, dans la séance du 30 mars de cette année, un malade auquel M. Nicaise avait pratiqué l'arthrotomie du genou pour une arthrite purulente, et malgré une immobilisation de trois semaines, le malade était guéri, sans conserver la moindre roideur des mouvements.

§ 3° *Affections chroniques des jointures. Hydarthrose. Abcès froids. Corps étrangers.*

L'hydarthrose est souvent justiciable d'applications externes sur lesquelles nous n'insistons pas. Dans des cas où l'épanchement était rebelle on a pratiqué des ponctions avec le trocart; Goyrand fit avec succès l'incision sous-cutanée de la synoviale, qui permettait au liquide de fuser dans le tissu cellulaire. Bonnet, de Lyon, et Velpeau pratiquèrent avec avantage des injections iodées, traitant l'hydarthrose comme l'hydrocèle.

Enfin, on a aussi appliqué l'arthrotomie antiseptique à ces sortes d'épanchements; on conseille alors de faire à la jointure une large ouverture, d'en nettoyer l'intérieur avec la solution phéniquée. Cette injection a pour but de modifier la synoviale chroniquement enflammée; on pratique ensuite le drainage et la suture superficielle pour réunir le plus exactement possible.

L'arthrotomie dans le traitement des collections purulentes froides des articulations n'a pas encore dit son dernier mot. Bonnet, après avoir essayé de toutes les méthodes pour guérir ces affections, reconnaissait l'inutilité des ponctions répétées et des injections modificatrices qui ne pouvaient enrayer la production du pus. Il avait aussi condamné l'usage des larges incisions; vu que, toujours insuffisantes, comparativement à l'étendue de la surface interne d'une jointure, elles favorisaient la stagnation et la putridité du pus.

Le chirurgien de Lyon s'était arrêté à un desideratum qui, pour lui, eût été l'idéal du traitement; il eût voulu ouvrir largement les abcès froids articulaires, et détruire leur surface interne, mais en présence des accidents qui devaient fatalement suivre cette méthode hardie, il écrivait que: « Parmi les opérations que l'on peut opposer aux « abcès froids des jointures, ce sont les plus puissantes qu'on est obligé de négliger. » M. Lannelongue a remis en honneur l'idée première de Bonnet; il prescrit, dans l'ouverture antiseptique des abcès par congestion des membres, d'aller jusqu'à la jointure, s'il y a lieu, de l'ouvrir et de pratiquer le grattage comme s'il s'agissait d'un abcès froid ordinaire (1).

C'est dans la cure des corps étrangers mobiles des articulations, que nous voyons l'arthrotomie le plus souvent pratiquée, et par des procédés bien divers. Mais les accidents qui souvent suivaient cette opération, engagèrent autrefois les chirurgiens à user d'autres méthodes. C'est ainsi qu'on essaya de fixer les corps mobiles dans une position où ils n'étaient ni gênants, ni douloureux, mais les moyens employés, la compression, la scarification de la synoviale, la suture (Blandin), l'acupuncture (Jobert de Lamballe), la ligature sous-cutanée (Dumoulin), durent tous être défectueux. Comme le fait remarquer judicieusement M. le professeur Panas dans son article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, tous ces chirurgiens ne se servirent qu'une fois de leur invention.

L'extraction par l'incision inspirait de grandes craintes; pourquoi? Ne savons-nous pas aujourd'hui que les séreuses chroniquement enflammées, le péritoine par exemple, supportent mieux les traumatismes que lorsqu'elles sont tout à fait saines? C'est bien là le cas des arthrophytes : ils dévé-

(1) M. Marchandé. — Traitement de l'arthrite suppurée par l'arthrotomie. Th. Paris 1879.

(1) O. Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse, p. 79. Paris, 1881.

loppent toujours par leur présence une arthrite chronique avec plus ou moins d'hydarthrose. Lisfranc (1) cependant, parlant de l'extraction des corps étrangers, avait dit : « L'expérience démon-« tre que les opérations réussissent d'autant « mieux qu'on les pratique sur des tissus plus « sains. Or, les corps étrangers donnent lieu pen-« dant la marche à des douleurs articulaires et « souvent même à de l'épanchement. C'est dans « cet état que les malades arrivent aux hôpitaux « et sont opérés ; il résulte qu'on développe une « inflammation aiguë sur une chronique, de là « l'insuccès. » Néanmoins Barrier, de Lyon, rapporte que, durant trois ans, dans le service du savant maître, on perdit deux opérés sur trois, malgré le soin qu'on avait mis à faire disparaître tous les symptômes d'inflammation chronique. Aussi nous croyons que là n'est pas le danger.

L'extraction des corps étrangers est donc la méthode la plus pratique ; mais à quel procédé nous arrêterons-nous ? Quel est celui qui donne les meilleurs résultats ? C'est ce qui nous reste à discuter.

L'extraction pratiquée à ciel ouvert au moyen d'une incision directe à travers la peau et la synoviale a été faite jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. On la trouve relatée pour la première fois dans Ambroise Paré (2) : « L'an 1558, je fus ap-« pelé de Jean Bombier, maistre tailleur, demeu-« rant rue Saint-Honoré, pour lui ouvrir une « aposthème aqueuse qu'il avait au genoil ; en la-« quelle trouuay une pierre de la grosseur d'une « amande fort dure, blanche et polie, et guarit et « encores est à présent vivant. » Ce n'est qu'à la fin du XVIII[e] siècle, que Desault, cherchant à empêcher l'entrée de l'air dans les jointures, modifia le procédé d'A. Paré. Il fit des incisions obliques, en tirant la peau en haut, en bas ou en dedans. Il eut quelques succès ; mais les faits de Cooper, qui perdit deux malades sur douze opérés ; de Richerand, quatre sur douze ; de Decaisne, deux sur deux, et de Velpeau, firent bientôt dire à B. Bell que cette opération était plus meurtrière que l'amputation de la cuisse elle-même.

C'est alors que Goyrand, d'Aix, institua la méthode de l'extraction sous-cutanée.

Elle comporte, comme on le sait, deux temps ; dans un premier, on fait à la synoviale une incision sous-cutanée, et on fait passer par cet orifice le corps étranger qu'on laisse dans le tissu cellulaire ; puis quand l'articulation paraît guérie de ce premier traumatisme, on incise la peau et on enlève l'arthrophyte. Cette méthode, qui bénéficiait de tout l'avantage des plaies sous-cutanées et que Bonnet regardait comme le meilleur traitement chirurgical des corps étangers, avait cependant aussi ses inconvénients. Une statistique de Larrey, publiée en 1861, le démontre. Sur cent trente-cinq extractions à ciel ouvert, il note quatre-vingt-dix-huit guérisons et trente morts, donc 22 0/0 de léthalité ; sur trente-neuf opérations par la méthode de Goyrand il signale seulement cinq morts ou 13 0/0. Mais, en outre, il fait remarquer que quinze fois l'opération a échoué par impossibilité, donc, dans une proportion de 38 0/0, la méthode n'a pu réussir.

Il existe en effet des cas qui ne sont point curables par le procédé de Goyrand ; quelquefois les corps étrangers sont trop volumineux et ne peuvent sortir de l'article, ou bien ils sont trop nombreux, ou encore ils sont fixés par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins épais qu'on ne peut facilement diviser.

Voilà donc encore une pratique bonne en principe, mais impossible à appliquer à tous les cas. L'incision directe devait reprendre le dessus et c'était au traitement consécutif, à la perfection des pansements qu'il fallait s'adresser pour en faire une opération plus bénigne. Il fallait pouvoir, sans danger, ouvrir une jointure, en extraire les corps étrangers, la nettoyer rigoureusement et la guérir tout en conservant ses mouvements. L'arthrotomie antiseptique a puissamment aidé à réaliser ce programme. Dans ces dernières années de nombreuses communications à la Société de chirurgie ont permis d'enregistrer à son actif d'heureux résultats.

Récemment M. Gaujot, chirurgien au Val-de-Grâce, a publié dans la Revue mensuelle de chirurgie, un intéressant travail dans lequel il compare les résultats des différents modes de pansement employés après l'extraction directe depuis une vingtaine d'années. Nous lui empruntons quelques chiffres. Sur vingt-six extractions directes suivies des procédés ordinaires de réunion et de pansements divers (pansement occlusif de Chassaignac, pansement ouaté de Guérin), faites par divers chirurgiens : Isnard, Ehrmann, Gaujot, Guérin, Tillaux, Gillette, on note vingt-quatre guérisons et deux morts.

Durant la même période, sur vingt-neuf extractions directes traitées par la méthode antiseptique pure et pratiquées par Lister, Saxtorph Bell, Anaudale, Verneuil, Lucas-Championnière, Panas, on compte vingt-sept guérisons et deux morts. La méthode listérienne pure enregistre cinq accidents, tous sont des suppurations du genou ; sur ces cinq cas, deux sont morts : l'un, opéré par Saxtorph, enleva dans un moment de délire son pansement, et mourut au vingtième jour. Le second est un malade de Boeckel qui mourut de phlegmon diffus ; le chirurgien de Strasbourg se reproche, dans ce cas, d'avoir négligé le drainage. Les autres ont guéri, mais avec un peu de roideur du membre. Nous avons vu cependant que les arthrites purulentes peuvent guérir sans roideurs, et M. Pozzi a présenté à la Société de chirurgie un cas fort intéressant à ce sujet.

Il pratiqua l'arthrotomie pour extraire un arthrophyte, mais le corps étranger était pourvu d'un pédicule volumineux et très vasculaire, il le sectionna et il se produisit dans la jointure un épanchement de sang très notable ; malgré le drainage, il survint une arthrite purulente consécutive, néanmoins le malade guérit et conserva l'élasticité de ses mouvements.

(1) Lisfranc. *Gazette des hôpitaux*, 1839, nº 103.

(2) A. Paré. — Œuvres complètes. Edit. Malgaigne. T. III. p. 32.

Quand on lit les autres observations d'accidents survenus dans les deux méthodes, on constate que souvent la synoviale avait subi, durant l'opération, des tiraillements, des contusions; d'autres fois il y avait des pédicules ou bien le drainage était mal fait. En somme, nous restons convaincus que le pansement de Lister donne de précieuses garanties contre l'influence du contact de l'air et qu'on doit faire de l'extraction directe le procédé d'élection.

Qu'il nous soit permis d'insister en terminant sur quelques points qui ne doivent point être négligés pour assurer le succès.

Le membre étant bien immobilisé, il faut, avant d'inciser, refouler les corps étrangers, autant que possible dans le même recoin de la synoviale, cul de sac supérieur de préférence; les doigts d'un aide les fixeront, ou mieux une bande de caoutchouc; ils seront ainsi cantonnés dans une région limitée. L'incision sera faite *suffisamment large et nette* afin que les arthrophytes sortent facilement sans qu'on ait besoin de se servir de pinces qui contusionneraient la synoviale.

Y-a-t-il des pédicules, comme dans le cas de M. Pozzi? On *les liera* avec du catgut solide, qu'on pourra laisser dans la jointure. S'il y a du liquide, il sera solidement évacué; et même si la synoviale chroniquement enflammée a sécrété un liquide séro-purulent, on pourra avec avantage faire une injection phéniquée. Cependant, hormis ce cas, M. Lucas-Championnière recommande de ne pas abuser des injections qui irriteraient inutilement la jointure.

L'extraction terminée, on pratiquera la réunion immédiate avec des points de suture au fil d'argent et on placera un drain dans le point le plus déclive de la plaie réunie. Le genou sera ensuite entouré de gaze phéniquée et placé dans une gouttière.

Le drain ne devra pas être laissé longtemps; s'il y a peu d'écoulement, si l'articulation ne se tuméfie pas, on l'enlèvera au troisième ou quatrième jour.

Nous croyons qu'en suivant scrupuleusement ces préceptes, on peut arriver à faire, sans accident, dans tous les cas, l'extraction directe. Récemment, M. Heurtaux (1), de Nantes, a apporté à la Société de chirurgie, une observation intéressante. Il avait enlevé trente-cinq corps étrangers du genou, en combinant l'incision sous-cutanée de Goyrand, avec le procédé de Lister, l'opération avait pleinement réussi. M. Heurtaux pense que, malgré la confiance légitime que l'on a dans le pansement antiseptique, il faut aussi se préoccuper du siége des incisions, et il incline à préférer, dans les cas faciles, l'incision sous-cutanée. Peut-être a-t-elle des avantages, mais elle nous fait toujours craindre la difficulté de sortie des corps étrangers et la contusion des bords de la synoviale, accidents qu'on n'a pas dans la méthode directe bien pratiquée, que nous croyons, bien plus que toute autre, à la portée de tous.

Dr HAMBAR.

(1) *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1881, p. 168.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale

DEUXIÈME PARTIE, DIXIÈME LETTRE.

MÉDECINE ET PHARMACIE

L'unité de diplôme pour les deux professions a soulevé des objections : c'est là un fait trop naturel pour que nous puissions nous en étonner.

Pourquoi, nous écrit-on, imposer à l'homme qui n'en a que faire des connaissances étrangères à la profession spéciale qu'il exercera? Quel besoin le pharmacien a-t-il de connaître la médecine? Quel besoin le médecin a-t-il de savoir le mode opératoire qu'il faut suivre pour la confection d'un extrait ou d'une pommade? — Ce surcroît d'études fera perdre à l'étudiant un temps souvent précieux, et augmentera toujours des dépenses pécuniaires lourdes à supporter.

Cette objection, qui est la principale et, ajoutons, la seule sérieuse, ne saurait en aucune façon nous arrêter : notre correspondant paraît oublier que le diplôme unique ouvre la porte aux deux professions exercées, soit séparément, soit simultanément. Si le *pharmacien a le droit* de délivrer tous médicaments, s'il a le droit de donner des consultations, de faire des visites, pratiquer des opérations, etc..., on conviendra bien qu'*il peut lui servir à quelque chose* de connaître la médecine. — S'il se borne à préparer des médicaments et, par goût, ne veuille pas faire de la médecine, — eh bien! il n'utilisera pas ses connaissances médicales qui, pour cela, ne lui seront pas superflues; elles le mettront en garde contre la préparation de ces remèdes aussi composés qu'inactifs, dont l'annonce s'étale à la quatrième page des journaux; elles lui rappelleront, enfin, qu'il n'est pas un simple commerçant chargé de débiter au plus haut prix le plus de drogues possible.

Et d'ailleurs, ne voyons-nous pas actuellement des pharmaciens rechercher le grade de docteur en médecine? Et certaines pharmacies ne se recommandent-elles pas de leur titre : *pharmacie du D^r X****? Si ce titre est recherché, c'est donc qu'on lui accorde une certaine valeur?

Quant au médecin, croit-on qu'il lui est inutile d'avoir en pharmacie des connaissances un peu plus étendues? Et vraiment croit-on perdu pour lui le temps passé à acquérir ces connaissances? S'il lui fallait négliger tout ce qui ne doit pas lui être d'une utilité immédiate, il faudrait singulièrement réduire les programmes : à quoi servirait d'étudier la médecine opératoire à celui qui est fermement décidé à ne jamais tenir un bistouri? A quoi servirait d'étudier l'obstétrique pour tel qui ne s'occupera jamais que des maladies des yeux?

Tous, nous étudions des matières, qu'une fois

l'examen passé, nous nous empressons de laisser de côté, pour nous pénétrer plus à fond de celles qui spécialement nous attirent : est-ce une raison pour dire que le peu qui nous reste de ces matières indifférentes nous soit inutile ?

Et puis, il y a pharmacie et pharmacie : nous ne demandons certes pas qu'on astreigne l'étudiant à connaître à fond la formule de l'emplâtre diachylon gommé ou de tel électuaire d'un autre âge ; nous ne demandons pas que l'enseignement de la pharmacie soit actuellement ce qu'il était il y a cinquante ans. La pharmacie de jour en jour se simplifie, grâce aux progrès de la chimie : plus celle-ci progresse, plus s'amoindrit la première.

Est-il donc besoin d'un temps tellement long pour apprendre le tour de main nécessaire à la confection d'une émulsion ou d'un emplâtre ?

On pourra modifier la législation, édicter telle ou telle mesure, formuler telle ou telle prohibition, on n'empêchera pas la création de ces grands laboratoires où se préparent ce que nous appellerons les matières premières de la pharmacie, les produits chimiques, les extraits, etc..., on n'empêchera pas la petite officine de s'approvisionner dans ces grandes maisons de toutes les substances qu'elle ne saurait produire aussi bien, et à aussi bon marché ; on n'empêchera pas que le rôle du pharmacien ne se réduise de plus en plus à la confection des ordonnances, et que ces ordonnances ne se simplifient de jour en jour.

Ce rôle réclame-t-il donc une législation particulière entourée de priviléges, de prohibitions, de peines, d'amendes, etc ?... Nous ne le pensons pas, et c'est parce que nous regardons comme inutile, et parfois nuisible son existence indépendante, que nous demandons sa suppression.

Mais, nous le répétons, si c'est là le but auquel nous tendons, ce n'est pas l'état de choses que nous réclamons immédiatement, et nous ne faisons aucune difficulté pour admettre une série de mesures transitoires qui, peu à peu et sans secousses, nous conduisent à la suppression totale de la petite officine.

Quelles sont donc ces mesures actuellement applicables ? C'est ce que nous allons rechercher maintenant.

Et tout d'abord occupons-nous du *médicament*. Nous n'avons pas à le définir, tous nous savons ce qu'on entend par là ; mais sous ce titre de médicaments nous trouvons diverses catégories qui méritent de nous arrêter quelques instants :

Ce sont d'abord les *remèdes magistraux* préparés extemporanément sur ordonnance spéciale ;

Ce sont ensuite les *remèdes officinaux* préparés à l'avance et conservés en dépôt dans les pharmacies ;

Ce sont enfin les remèdes secrets.

Des premiers nous n'avons rien à dire : aucune règle ne peut être édictée à leur égard, si ce n'est celle qui punirait toute modification, toute substitution apportée dans l'exécution de la formule.

Les remèdes officinaux comprennent les médicaments spécialisés, autrement dit les spécialités pharmaceutiques, et ici nous devons catégoriquement nous expliquer.

On attaque beaucoup depuis un certain temps le principe de la *spécialisation des médicaments*, et ce n'est pas dans le monde des pharmaciens qu'on malmène moins les spécialités... *du voisin*. La ligne de conduite adoptée par le *Concours*, en matière de spécialités, a été assez nette, elle est assez connue de tous, pour qu'on ne nous accuse pas, à leur endroit, d'une tendresse exagérée : nous sommes de ceux qui les combattent à outrance et peut-être sommes-nous les seuls qui mettons nos actes en accord avec nos paroles. Or, nous le disons hautement, *rien n'est plus légitime que la spécialisation d'un médicament*. Le médicament qui sort des mains du pharmacien est son œuvre, sa chose, et personne n'a le droit d'empêcher ce pharmacien de marquer de son nom le produit bon ou mauvais qu'il a préparé.

On a dit que le débordement des spécialités avait ruiné la pharmacie ; c'est peut-être vrai, mais à qui la faute ?

Il y a là en question, une forme de la propriété qu'on ne saurait contester plus qu'aucune autre, et nous protesterions bien fort contre toute mesure vexatoire de ce droit de propriété.

On a dit encore que la spécialité pharmaceutique rendait illusoire la responsabilité du pharmacien qui la délivre. — Ce reproche est fondé avec la législation actuelle, il tomberait avec une législation nouvelle qui ferait remonter au seul préparateur la responsabilité, et qui permettrait aux commissions de surveillance d'examiner à chaque instant ces produits spécialisés. — Ajoutons, en passant, que le pharmacien ne peut livrer ces produits qu'avec leur cachet intact, tandis que le médecin peut, avant de les donner à son client, briser le cachet, déboucher le flacon, goûter son contenu et le détailler au besoin — ce qui constitue, en faveur de ce dernier, au point de vue de l'exercice de la pharmacie, un avantage marqué.

Aucune entrave ne nous paraît donc devoir être mise au droit qu'a chacun de spécialiser ses produits. Nous ne disons pas pour cela que le commerce des spécialités doive être libre : il faut au contraire qu'il soit réglementé de telle sorte que la santé publique puisse être sauvegardée.

Nous admettons la spécialisation de tous les produits inscrits au codex, de ceux dont la formule a été approuvée par l'Académie de médecine, de ceux enfin *dont la formule est intégralement reproduite sur l'étiquette* qui les accompagne.

Nous repoussons les remèdes secrets et demandons formellement l'interdiction de leur vente.

Nous réclamons sur ces produits une surveillance sérieuse qui empêche leur vente s'ils sont altérés, et permette de constater qu'ils sont toujours conformes à la formule qu'ils représentent. Nous reviendrons sur ce sujet quand nous parlerons des commissions de surveillance.

Nous demandons enfin que les prospectus, qui accompagnent ces produits spécialisés, soient strictement réduits aux seules considérations pharmacologiques qui militent en faveur de la forme

pharmaceutique adoptée ou de sa spécialisation, qu'en un mot ces prospectus soient des prospectus de pharmacie et non des *traités de thérapeutique à l'usage du public.*

En dehors de ces mesures prophylactiques de la santé publique, nous n'admettons aucune restriction. C'est au médecin de distinguer les bons produits des mauvais, d'accorder sa confiance aux premiers et de combattre les seconds.

A qui revient le droit de vendre ou débiter les médicaments? — au pharmacien, bien entendu, dans toutes les communes où existe une officine.

Dans celles qui sont dépourvues d'officine, — au médecin, sans que celui-ci puisse pourtant tenir officine ouverte.

On a proposé une distance réglementaire, nous la repoussons comme mesure absurde et inapplicable.

Dans toutes les communes dépourvues d'officines, les médicaments pourront être, comme par le passé, délivrés par les médecins à leurs clients, sans pourtant que les médecins aient le droit de tenir officine ouverte.

Tel est le vœu qu'à l'unanimité ont adopté nos confrères dans la séance du 14 août dernier. Nous ajouterons encore avec eux qu'il ne doit être fait aucune distinction entre les médecins eu égard à leur résidence : la délivrance des médicaments, interdite dans les communes pourvues d'une officine, est permise dans toutes les autres, et ce par tous les médecins, qu'ils habitent eux-mêmes une commune *pourvue* ou *non pourvue d'officine*.

Il est un point que n'a pas prévu la législation de l'an XI, c'est celle des médicaments urgents. Ils n'existaient guère à cette époque, c'est peut-être ce qui explique l'omission ; aujourd'hui que, grâce aux progrès de la chimie et de la thérapeutique, ils sont devenus plus nombreux, ils nous paraissent devoir faire l'objet d'une mesure spéciale.

Dans toutes les communes indistinctement, le médecin a le droit de délivrer à ses malades les médicaments urgents.

Ces médicaments seront nommément désignés sur une liste annexée au Codex.

C'est encore là le vœu qu'ont adopté nos confrères : nous le croyons extrêmement sage et nous ne voyons pas quelles objections sérieuses il pourrait soulever.

Nous nous ferons d'ailleurs un devoir d'exposer, dans notre prochaine lettre, les raisons de toute nature qui militent en faveur de son adoption.

Dr A. Gassot.

P. S. Cette lettre était écrite quand nous avons reçu un article du *Lyon médical* où le professeur Diday, constatant que presque tous les pharmaciens se livrent à l'exercice de la médecine, expose qu'il serait avantageux de leur assurer quelques connaissances médicales.

On sait, en effet, qu'ils se livrent à la pratique médicale, qu'ils s'y livrent en grand nombre, la plupart, presque tous, — ne réclamez pas, chers inculpés ; et surtout dispensez-moi de la lettre de démenti, usitée en pareille cas. Individuelle ou collective, nous ne pourrions, vous, la signer, moi, l'ouvrir sans sourire. Pourquoi et de quoi vous formaliser d'ailleurs ? Je ne veux pas vous empêcher de faire de la médecine : je voudrais seulement que vous la fissiez comme la pharmacie, *que vous faites si bien parce que vous l'avez étudiée...*

Le pharmacien qui fait de la médecine en fait dans deux circonstances essentiellement différentes, savoir : tantôt parce qu'il y est forcé et sans qu'il y ait le moindre intérêt pécuniaire (accidents, premiers secours) ; tantôt sans qu'il y soit forcé, et parce qu'il y voit son intérêt. Mais, dans les deux cas, il fait de la médecine sans l'avoir étudiée.

M. Diday, après avoir déploré la façon dont sont faits ces premiers pansements exécutés par les pharmaciens, voudrait «*que nul n'obtienne le diplôme de pharmacien sans avoir reçu un enseignement, et satisfait à des épreuves établissant son instruction sur les cas morbides que, dès le lendemain de son installation, il va être appelé à soigner*. »

Nous n'entrerons pas dans les détails du *cours de médecine populaire à l'usage des pharmaciens* tel que le comprend M. Diday, ce sujet sera vraisemblablement traité par un de nos confrères : nous ne voulons retenir de l'article du *Lyon médical* que les nouveaux arguments qui plaident en faveur de l'unification du diplôme.

Ce n'est pas une solution bâtarde que réclame une question aussi importante et nous avons peine à croire que le projet Diday satisfasse personne.

Les pharmaciens eux-mêmes ne seraient pas contents, du moins à ce qu'affirme M. Crinon, dans *le Répertoire de pharmacie*. L'honorable pharmacien, approuvant le projet en ce qui concerne la petite chirurgie, ajoute :

Nous ne saurions donner notre approbation à la création de ces cours de médecine populaire que réclame M. Diday; pour nous, chacune des deux fractions du corps médical doit s'abstenir d'empiéter sur le domaine de l'autre. Nous blâmons énergiquement les médecins qui vendent des médicaments à leurs malades en dehors des conditions fixées par la loi ; en revanche, nous désapprouvons tous les pharmaciens qui se livrent habituellement à l'exercice de la médecine.

M. Crinon est pharmacien — il suffirait, pour s'en convaincre, de relire sa dernière phrase : *Nous blâmons énergiquement... nous désapprouvons tous les pharmaciens qui se livrent habituellement...* — Il nous affirme donc que fort peu de pharmaciens exercent illégalement la médecine et que « dans les *pharmacies sérieuses*, on ne traite pas les malades qui se présentent, et on s'empresse de leur conseiller d'aller voir le médecin. »

M. Crinon, par son caractère, est au-dessus de tout soupçon, et jamais nous ne nous permettrons de mettre en doute sa bonne foi dans une discussion ; mais, devant de telles affirmations, n'avions-nous pas raison de dire qu'il fallait exercer en province pour bien connaître l'étendue du mal ? N'étions-nous pas dans le vrai, quand nous prétendions que ces questions ne pouvaient être tranchées par les hommes *qui les regardent de trop haut et de trop loin?*

M. Crinon parle de *pharmacies sérieuses,*

combien en compte-t-il sur cent? — Il parle de médecins faisant illégalement de la pharmacie; combien sur ce chiffre en pourrait-il citer?

Ce qui nous étonne, c'est que des hommes de la valeur de M. Crinon se fassent l'écho d'attaques injustifiées contre le corps médical, pour couvrir les empiètements illégaux et intéressés de gens qui souvent sont fort heureux de pouvoir se retrancher derrière leurs noms respectés.

Ce qui nous étonne encore plus, c'est qu'ils ne fassent pas campagne avec nous pour arriver à la suppression de toutes *les officines non sérieuses*, car nous n'avons jamais songé à attaquer les autres. Dr A. G.

II

PROTECTION DE L'ENFANCE

Préfecture de l'Isère

Grenoble, le 12 *septembre* 1881.

Monsieur le Docteur,

Par une circulaire en date du 8 août dernier, M. le Ministre de l'intérieur a appelé l'attention du Conseil général et la mienne, sur un certain nombre d'améliorations dont lui paraît susceptible le service de la protection des enfants du premier âge. La plus importante de ces améliorations est le mode et le taux de la rémunération des médecins-inspecteurs.

La recherche du mode de rémunération le plus équitable et le plus pratique a été, cette année, dit M. le Ministre, l'objet d'une étude approfondie de la part du Comité supérieur de la protection. Le système reconnu préférable consiste, purement et simplement, à substituer soit à l'indemnité fixe, soit à l'abonnement par an et par enfant, la *rémunération par visite*.

Dans sa dernière session, le Conseil général a émis un avis favorable au mode de rémunération par visite, et a fixé à un franc le taux de la visite médicale.

J'attends que M. le Ministre ait statué définitivement, pour vous faire connaître le tarif approuvé et les détails d'exécution du nouveau système qui sera appliqué.

Agréez, etc. *Le Préfet de l'Isère*,
Jules Mahias.

Nous serions bien obligés à M. le Dr Boucher de se procurer la liste des noms des membres du *Comité supérieur de la protection*.

Nous voyons toujours contracter au nom des *médecins*, sans qu'ils soient consultés; très probablement, dans ce Comité *supérieur*, ils se trouvent en majorité, et ce Comité renferme nombre de nos confrères de la campagne. C'est à ceux-ci qu'on demande de faire à peu près tous les frais du service de la protection. M. le Dr Boucher va nous édifier. Nous pourrons alors entrer en relations avec nos confrères du Comité *supérieur* et leur affirmer que le service ne sera sérieusement organisé qu'avec l'assentiment médical.

III

LES CERTIFICATS ADMINISTRATIFS.

Un facteur désirant obtenir sa retraite, l'administration des postes lui demande:

1° Un certificat de maladie de son médecin.

2° Un second certificat du médecin assermenté de l'administration.

Jusque là, rien que de naturel, sous réserve de ce qui a été dit dans le *Concours*, des médecins assermentés observations auxquelles on peut se reporter. Mais ce qui est inédit, je crois, c'est ce qui suit:

3° Une attestation du maire de la commune du domicile du facteur, constatant la *véracité des faits* avancés dans le premier certificat...

Un maire attestant qu'un docteur en médecine a dit vrai ou a menti en affirmant chez le postulant une maladie de cœur, par exemple. C'est déjà joli, mais voici qui est plus fort.

4° Une attestation de la *Receveuse des postes*, affirmant la *réalité des faits énoncés dans le susdit certificat*.

Voyez-vous la receveuse des postes discutant mon diagnostic d'hydrocèle ou de varicocèle incompatible avec le service journalier d'un facteur? Après cela il faut tirer l'échelle! J'ai vu ces exigences saugrenues énoncées en toutes lettres, de la main du chef de service des postes du département, sur la réponse faite par l'administration à la demande de mise en retraite du facteur... *Risum teneatis*.

Est-ce un règlement général! Est-ce un caprice de bureaucrate! Toujours est-il qu'un docteur en médecine devrait refuser tout certificat demandé avec ce luxueux et drôlatique cortège d'attestations. Dr D.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

L'étiologie de la pneumonie par M. le docteur Koehnhorn, médecin en chef. — On ne considère plus aujourd'hui le refroidissement comme la cause de toutes les maladies possibles, on est forcé d'admettre des causes particulières pour les maladies épidémiques, endémiques et surtout spécifiques (excitants morbides, organismes microscopiques). Doit-on compter le rhumatisme articulaire aigu et la pneumonie parmi les maladies infectieuses ou parmi celles que cause le refroidissement? On est encore dans le doute. Virchow classe le rhumatisme parmi les premières, et M. Koehnhorn cherche également à y faire admettre la pneumonie. Il s'appuie sur un tableau très instructif de trois cents cas observés dans les huit dernières années sur la garnison de Memel

L'auteur donne comme preuves de ce que la pneumonie croupale n'est pas une maladie catarrhale: 1° son existence à tous les degrés de latitude, elle n'est pas spéciale aux pays froids. 2° Les cas n'en sont pas plus nombreux dans les saisons froides ni dans les hivers rigoureux. 3° Le nombre des pneumonies ne peut se comparer à celui des maladies positivement dues au refroidissement; coryzas. laryngites, bronchites et autres affections catarrhales.

4° Certaines contrées et certains mois de l'année se font remarquer par de nombreuses pneumonies; les maladies infectieuses s'installent et se répandent de même.

5° Dans les cas isolés on ne peut toujours, avec certitude, prouver le refroidissement, souvent on tombe dans l'adage, *post hoc ergo propter hoc.* 6° Au contraire des maladies dues au froid dont les phénomènes se déroulent lentement, la pneumonie éclate brusquement avec un seul frisson violent. 7° La fièvre est plus violente et plus continue que dans les affections dues au refroidissement. 8° La marche cyclique de la pneumonie n'a pas la moindre analogie avec celles des maladies catarrhales. 9° Le siége, le développement et la localisation la caractérisent comme n'étant pas une affection catarrhale. 10° La constitution fibrineuse, de l'exsudat prouve la spécificité de la maladie. 11° On ne peut provoquer, à l'aide du froid sur les animaux, la pneumonie et son exsudat particulier.

La pneumonie, selon l'auteur, n'est pas une simple maladie inflammatoire localisée, parce que: 1° Dans celle-ci, la lésion locale apparaît d'abord, dans la pneumonie, au contraire, la fièvre (frisson initial) se montre avant qu'on ne puisse constater de lésion locale; dans la période de déclin, la fièvre cède brusquement; dans les maladies inflammatoires, elle marche de front avec la diminution de l'inflammation ou du foyer inflammatoire. 2° La force de la fièvre en rapport avec la courbe thermométrique, les différencie entièrement. 3° Le degré élevé de la température n'est pas d'accord avec l'étendue de l'affection locale. 4° L'extension constante de la pneumonie à tout un lobe du poumon, est en contradiction avec une inflammation purement locale, qui aurait un foyer plus circonscrit. 5° La spécificité de l'exsudat de la pneumonie croupale la différencie des pneumonies inflammatoires produites par traumatismes, inhalations de poussières, etc.

A côté de tous ces motifs, pour mettre la pneumonie croupale parmi les maladies infectieuses, on peut compter le gonflement de la rate, l'herpès labialis pareil à celui de la fièvre typhoïde intermittente, l'aspect affaibli et cachectique des malades, l'apparition de cette pneumonie à des époques et dans des contrées éprouvées par d'autres maladies infectieuses (typhus ou fièvre intermittente) enfin, et assez fréquemment, une explosion simultanée et comme épidémique d'un grand nombre de cas.

(Extrait de la *Deutsche Medicinal Zeitung.*)

De l'Iodoforme contre les processus fongueux consécutifs aux opérations, par M. le professeur De Mosetig-Morhof, à Vienne.

Tout chirurgien est à même de savoir combien un processus tuberculeux, local, occasionne facilement la récidive dans une cicatrice déjà formée.

« La plaie entière, dit Kœnig, se ferme par première « intention; tout est très beau jusque vers la troisième « ou quatrième semaine, et tout d'un coup la granulation « reparaît, soit à l'orifice d'un ancien drainage, soit à un « point de suture, soit à la ligne cicatricielle; elle prend « un caractère tuberculeux, reste limitée, ou bien envahit une grande partie de la cicatrice. Il se produit, « par conséquent, sur le moignon une tuberculose locale « venant de la profondeur; dans certains cas elle guérit « rapidement, dans d'autres, tard, dans d'autres encore, « jamais. »

Pour remédier à cet accident, l'auteur recommande le pansement à l'iodoforme. Il en saupoudre la plaie, comme recouvrement, il emploie exclusivement le coton graissé et le papier de gutta-percha. Ce dernier amortit l'odeur si désagréable de l'iodoforme. On ne change l'appareil que lorsqu'il est imprégné de suppuration, quelquefois pas avant la troisième ou quatrième semaine.

A cause du prix élevé de la substance en question, M. de Mosetig la prend en fabrique et la fait pulvériser avec soin au moment de s'en servir.

Ce pansement est indolore. On n'a jamais constaté d'iodisme, quoique l'on ait trouvé de l'iode dans l'urine. Il n'y a pas de fièvre, les sécrétions sont moindres et constamment séreuses.

L'auteur cite seize cas de grandes opérations dans lesquelles les pansements à l'iodoforme furent très favorables; quelquefois des récidives fongueuses, qui progressaient malgré le pansement phéniqué furent enrayées par l'iodoforme. Il a obtenu grâce à lui, les plus beaux résultats dans des cas d'adénites et d'abcès fongueux de la peau. Cette année, au congrès chirurgical de Berlin, M. Mickulicz a confirmé l'efficacité de ce pansement par une série d'autres observations prises à la clinique de Vienne. Il explique l'effet de l'iodoforme par sa solubilité dans la graisse du corps et par l'élimination de 96 p. 0[0 d'iode pur par cette solution.

Extrait de « Der praktische Arzt. »
(Fascicule d'avril 1881).

Dr Fischer.

CHRONIQUE

LA MORT DU PRÉSIDENT GARFIELD

Longbranch, 21 septembre.

Voici le résultat de l'autopsie du corps du président faite hier :

La balle, après avoir fracturé la onzième côte droite, avait atteint la colonne vertébrale en avant de la moelle épinière, fracturant sur son passage la première vertèbre lombaire, et chassant devant elle un grand nombre de petites esquilles d'os dans les parties molles.

La balle s'était logée au-dessous du pancréas, à peu près à deux pouces et demi à gauche de l'épine dorsale et en arrière du péritoine, où depuis, elle s'était complètement enkystée.

Elle avait causé immédiatement une hémorrhagie, provenant de la rupture d'une des artères mésentériques.

Le péritoine n'avait pas été déchiré.

Mais environ un litre de sang était répandu dans la cavité abdominale.

On croit que c'est cette hémorrhagie qui a causé la

douleur intense dans la partie inférieure de la poitrine dont le président s'est plaint quelques instants avant sa mort.

On a trouvé dans le vésicule biliaire, entre le foie et le colon oblique, qui adhéraient fortement, une cavité provenant d'un abcès. Cette cavité avait six pouces de longueur sur quatre de largeur.

La substance du foie n'aurait reçu aucune atteinte.

On n'a rencontré aucune communication entre cet abcès et la blessure.

Un long canal de suppuration s'étendait de la blessure à l'extérieur; un autre, du muscle lombaire et du rein droit presque jusqu'à l'aine droite.

Ce canal, on le sait maintenant, est dû au creusement produit par le pus de la blessure. Mais pendant que le président vivait encore, on supposait que c'était la trace de la balle.

D'après l'examen des organes de la poitrine, il y avait des signes manifestes de bronchite des deux côtés, avec broncho-pneumonie dans la partie inférieure du poumon droit, et, bien qu'à un moindre degré, dans le poumon gauche.

Les poumons ne renfermaient pas traces d'abcès, et aucun caillot de sang n'a été trouvé dans le cœur.

Le foie était dilaté et graisseux, mais sans abcès, non plus que les autres organes, excepté le rein gauche, sur lequel on a constaté près de la surface un petit abcès ayant un diamètre d'un tiers de pouce.

Les différents foyers de suppuration, et particulièrement deux des tissus spongieux, situés dans le voisinage de la vertèbre fracturée, expliquent suffisamment les phénomènes de septicémie qui se sont produits.

LA FORTUNE DU PRÉSIDENT GARFIELD

En mai 1881, le président Garfield s'est assuré à la *New-York*, compagnie d'assurances sur la vie, pour la somme de 25,000 dollars (125,000 francs) au profit de Mme Garfield.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Monsieur et cher directeur,

Il y a quelques semaines, mon excellent confrère et ami le docteur Chayron, de Villefranche-de-Longchapt (Dordogne), vous annonçait que nous étions à la veille de nous constituer en syndicat. Depuis lors nous avons parcouru bien du chemin et nous comptons une trentaine d'adhérents. Je n'ai pas besoin de vous dire combien les débats ont été pénibles, et combien d'objections, de répugnances il a fallu vaincre, combien de tièdes et d'indifférents il a fallu réchauffer. L'un était brouillé avec tel ou tel confrère, et souvent sans savoir pourquoi; l'autre soupçonnait son voisin de n'être point sincère. Ce n'est qu'après de longs mois d'efforts persévérants que j'ai pu grouper d'abord un petit noyau; puis la boule de neige a grossi, et aujourd'hui, je trouve partout des adhérents enthousiastes. Tous comprennent l'utilité de l'association dans les termes où la nôtre est fondée; tous sentent qu'en nous soutenant les uns les autres, nous ne pouvons que gagner en considération, et, — il faut bien le dire — le côté pécuniaire ne s'en portera pas plus mal. Nous arriverons aussi, par l'association syndicale, à éteindre ces petites jalousies mesquines qui s'élèvent trop souvent, et que le client exploite, avec une perfide habileté, pour les transformer, parfois, en haines profondes et irrémédiables. J'ai déjà réussi à réconcilier bien des *frères ennemis* et je n'ai point l'intention de m'endormir sur le chemin. J'espère que, dans un avenir prochain, tous les médecins voudront faire partie de syndicats.

Je ne vous dirai point, par le menu, toutes les questions qui ont été discutées dans nos quatre réunions. Quelques-unes sont encore à l'étude; d'autres ont leur solution actuelle. Notre règlement doit être en ce moment à l'impression. Nous vous en enverrons un exemplaire aussitôt que nous l'aurons reçu. J'ose espérer que vous pourrez y trouver *quelque chose* pour les confrères qui voudront nous imiter.

Tout en nous occupant de notre syndicat, je n'ai pas perdu de vue que nous devons tous chercher des adhésions à notre cher journal, le *Concours médical*, je suis heureux de pouvoir vous en adresser un certain nombre. Je n'ai pas de formules spéciales. Les confrères dont les noms suivent me chargent de vous transmettre leur adhésion *absolue* et de vous prier de les inscrire comme membres du *Concours*.

Quand le travail de constitution de syndicats dans notre région me laissera un peu de repos, je tâcherai de trouver dans mes notes quelque chose qui puisse intéresser vos lecteurs.

Recevez,

Dr Ad. Baral-Dulauries,
Ex-Interne des hôpitaux de Paris.
Saint-Antoine par Saint-Seurin-sur-l'Isle (Gironde).
9 septembre 81.

P. S. Vous êtes autorisé à faire de ma lettre ce qui vous plaira, et a en publier à l'article de syndicat ce qui pourra vous paraître utile.

Nous ne pouvons faire mieux, cher confrère, pour rendre hommage à votre énergique et intelligente initiative, que de reproduire votre lettre dans son intégrité.

Croyez que le *Concours* est à votre entière disposition pour insérer tout ce que vous jugerez utile à cette cause des syndicats que vous savez si bien servir.

Les inscriptions réclamées sont opérées.

II

Monsieur et très honoré confrère,

Le syndicat de notre région est déjà constitué. Le 1er septembre, à Coutras, dix-huit médecins de la Dordogne, de la Gironde et de la Charente-Inférieure avaient répondu à notre appel et adoptaient nos statuts. Une autre réunion fixée au 1er octobre terminera notre œuvre, et chacun de son côté amènera de nouveaux adhérents.

Veuillez agréer, etc. Dr Chayron.
Secrétaire-Trésorier.
Villefranche-de-Longchapt (Dordogne),
ce 15 septembre 1881.

III

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques notes sur le syndicat du Finistère et sa composition. Ces renseignements répondront, d'une façon péremptoire, je crois, aux confrères mal informés qui ne voient, dans l'œuvre des *syndicats médicaux*, qu'une coalition des déclassés ou des mécontents de la profession, ou un acte d'hostilité contre l'association générale.

Le syndicat médical du Finistère compte à peine quatre mois d'existence. Il se compose actuellement de quarante-six membres, dont quarante-trois docteurs et trois officiers de santé. Ce chiffre représente la moitié, au moins, des médecins patentés et *pratiquants* du département; car l'annuaire fait figurer, parmi les confrères du département, un grand nombre de médecins qui n'exercent plus ou qui exercent si peu qu'ils échappent à la patente.

Sur les quarante-six membres du syndicat, quarante-deux appartiennent aux arrondissements de Brest et de Morlaix; quatre seulement appartiennent aux arrondissements de Quimper, Châteaulin et Quimperlé. Les distances, relativement considérables de ces trois chefs-lieux d'arrondissement à Brest et Morlaix, lieux habituels de nos réunions, et la difficulté de se faire suppléer dans leur clientèle, ont sans doute empêché la plupart de médecins de cette partie du département de se joindre à nous.

Si, comme nous l'espérons, le Syndicat obtient gain de cause sur la question qui nous touche le plus directement, la répression de *l'exercice illégal par les corporations religieuses*, tous s'empresseront de nous apporter leur concours et leur adhésion. Malheureusement, les insuccès des efforts tentés jusqu'à ce jour par l'association générale, a fait naître un scepticisme et un découragement contre lesquels il est difficile de lutter.

Le président du syndicat du Finistère est le Dr Morvan, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, ancien député, collaborateur du Dr Roussel, pour la loi qui porte le nom de ce dernier, sur l'Assistance publique.

Le Dr Morvan est aussi vice-président de l'*Association générale du Finistère*. Le syndicat compte, en outre deux officiers de la légion d'honneur, MM. Le Gris, e' Chassaniol, dont vous connaissez le dévouement héroïque.

Enfin, sept membres sont chevaliers de la Légion d'Honneur, et un officier d'académie. Vous verrez, dans la liste ci-jointe, que plusieurs sont conseillers généraux ou d'arrondissement, ou maires de chef-lieu de cantons importants.

N'est-il pas évident que les influences réunies, et bien dirigées, de plusieurs syndicats ainsi constitués, pourraient peser d'un grand poids dans les délibérations d'une Chambre qui compte près de cinquante médecins.

Dans notre dernière réunion, il a été décidé que notre Président ferait une première démarche auprès du Préfet pour préparer la suppression de l'exercice illégal de la médecine par les sœurs, en organisant préalablement l'assistance rurale.

Veuillez agréer,

Dr M. 15 septembre.

IV

MEMBRES DU SYNDICAT DU FINISTÈRE.

Bureau. — Messieurs les Docteurs. — A. Morvan, président (Lannilis), chevalier de la légion d'honneur ancien député, vice-président de l'Association générale.— A. Proufl, vice-président (Morlaix). — A. Gestin, C., syndic (Brest), chevalier de la légion d'honneur, conseiller d'arrondissement, maire. — Le Gris, syndic (Morlaix), O. de la légion d'honneur. — A. Le Breton (fils), syndic (Quimper), maire de Pleyben. — A. Chalmet, secrétaire (Landerneau). — A. Marion, trésorier (Brest), chevalier de la légion d'honneur.

Membres. — Messieurs les Docteurs. — A. Anner (Brest), conseiller municipal. — Barbançon (Morlaix). — Baude (Brest), chevalier de la légion d'honneur. — A. Bouvet (Saint-Renan). — A. Cabon de Mezormel (Plouescat). — A. Caradec, fils. (Brest), officier d'académie. — Chassaniol (Brest), officier de la légion d'honneur ancien médecin en chef de la marine. — A. Chauvel, fils (Quimper). — A. Clech. (Lanmeur), conseiller général. — A. Delannégrie, fils (Morlaix). — A. Deschamps (Lesneven), maire. — Off. Feillet (Plougastel-Daoulas). — A. Geffroy (Morlaix). — A. Gloaguen (Plabennec). — Off. Guennoc (Sizun). — A. Guyader (Brest), conseiller municipal. — Off. Hermange (Braspart). — Le Barzic (Saint-Thégonnec), chevalier de la légion d'honneur. — A. Le Borgne (Pleyben), ancien conseiller général. — A. Le Do (Brest). — A. Le Févre (Morlaix). — Le Moine (Carhaix). — Le Vot (Carhaix). — Liscoat (Saint-Pol-de-Léon). — A. Maréchal (Brest), chevalier de la légion d'honneur, médecin principal de la marine. — Martin (Landivisiau). — A. Mesguen (Lesneven). — A. Miorcec (Brest). — A. Morvan (Douarnenez), vice-président de l'Association de Quimper. — Normaud (Morlaix). — A. Plainfossé (Ploudalmézau). — Quéré (Guerlesquin). — Quintin, chevalier de la légion d'honneur. — A. Rousseau (Brest), trésorier de l'Association de Brest. — A. Sagot (Lannilis). — A. Sanquer (Morlaix). — Sarzeaud (Brest). — A. Servet (Saiut-Pol-de-Léon). — A. Tanguy (Plouescat).

Nota. La lettre A désigne les membres du syndicat, qui font partie de l'Association.

V

Monsieur le Directeur,

Nous essayons de former un *syndicat* dont nous discuterons les statuts la semaine prochaine et pensons constituer une Société médicale de l'Ain.

Un chirurgien distingué de Lyon, professeur à la faculté, le Dr Letiévant assistera à notre séance, où, je pense, nous nommerons immédiatement un bureau, une commission, avec le Dr Dupré pour président de notre *syndicat*, comme il l'est déjà de notre association générale de secours du département etc.

Nous espérons trouver un nombre respectable d'adhérents, pour défendre nos intérêts professionnels.

Dr Willomenet.
à Pont d'Ain (Ain).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

8 Octobre 1881 — 3me Année. — N° 41

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Leblanc* lit un travail « *sur l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes.* » C'est une réponse à la dernière communication de M. Bouley sur la péripneumonie et sur le procédé d'inoculation préconisé par le Dr Willems. L'orateur vient combattre presque toutes les opinions présentées par son collègue. Voici en quels termes il résume et précise ses propres idées :

1° La péripneumonie contagieuse du gros bétail peut se développer spontanément dans certains pays, et sous l'influence de causes connues depuis le siècle dernier;

2° L'inoculation du sérum pulmonaire ne provoque pas une maladie analogue, même sous une forme atténuée, à la péripneumonie contagieuse, et, en cas de mort, on ne trouve aucune lésion caractérisant cette maladie;

3° Les effets de l'inoculation présentent de telles variations, tant au point de vue de l'évolution qu'à celui de l'intensité et des accidents consécutifs, qu'on ne peut les regarder comme analogues à ceux obtenus par l'inoculation du virus des autres maladies contagieuses;

4° L'inoculation est, dans nombre de cas, impuissante à conférer une immunité même de courte durée;

5° La préservation, au cas où on l'admettrait, ne paraît être que de six mois, comme les expériences de réinoculation tendent à le prouver;

6° L'exécution stricte des mesures prescrites par les règlements de police sanitaire donneront des résultats aussi satisfaisants et moins coûteux.

En terminant, M. Leblanc exprime le regret qu'en présence des résultats obtenus depuis trente ans on ait voté une loi prescrivant l'inoculation obligatoire, au risque d'imposer au pays de grands sacrifices.

M. le Dr *Burq* donne lecture de la première partie d'un mémoire « *Sur l'infériorité du vaccin de génisse.* »

S'appuyant sur les travaux de la Conférence médicale de Paris en 1870, sur les déclarations d'insuccès d'un certain nombre de ses confrères, et sur les résultats de sa pratique particulière, il s'efforce d'établir que les insuccès de la vaccination animale ne tiennent pas seulement à l'expression trop grande des boutons pour en extraire la matière vaccinale, mais à une inoculation trop étendue. Il déclare, en effet, que chaque fois que les piqûres faites par lui snr un même animal étaient un peu nombreuses, le vaccin ne donnait plus que des résultats très incertains et ne pouvait être transporté, malgré le parfait état de préparation d'envoi des tubes, ainsi qu'en témoignent ceux qu'il présente à l'Académie, et qui datent de 1870. Aussi M. Burq pense-t-il qu'il est préférable de rechercher un moyen de parceller et de conserver le vaccin humain, de manière à mutiplier autant que possible les ressources vaccinales ordinaires; il a imaginé, à cet effet, un appareil qu'il se réserve

de présenter en même temps qu'il complètera sa présente communication. — Le mémoire de M. Burq est renvoyé à la Commission permanente de vaccine.

Nous ignorons quelle peut être l'invention nouvelle de notre très distingué confrère. Mais ce que nous savons très bien, c'est que, si le vaccin de génisse est quelquefois inférieur au vaccin jennérien, il ne présente jamais les dangers de contagion que ce dernier a été accusé de faire naître.

C'est justement grâce à cette sécurité absolue, qui est le propre du vaccin animal, que l'on a pu demander la vaccination obligatoire, sans que les anti-vaccinateurs aient pu appuyer leurs réclamations sur un argument solide. Quant à l'efficacité du vaccin de génisse, nous ne reviendrons pas sur cette question que nous avons tant de fois traitée à cette place même. — Néanmoins, notre savant confrère a présenté des observations dont nous recommandons aux producteurs de vaccin animal de tenir le plus grand compte, dans l'intérêt même de leur produit : ils ne doivent pas multiplier outre mesure les piqûres faites sur la même bête, sous peine de voir leur vaccin dégénérer et perdre ses propriétés.

Nous avions promis à nos lecteurs de les tenir au courant des renseignements que nous obtiendrions au sujet des accidents vaccinaux d'Alger. Voici quelques détails que nous extrayons de la *Gazette médicale de l'Algérie :*

Sous ce titre à sensation : « *Un régiment empoisonné...* » un journal d'Alger (1) publiait il y a quelques jours, en première page, un article scandaleux à propos d'accidents survenus au cours des vaccinations réglementaires pratiquées à l'hôpital du Dey sur une partie de la garnison. . . . .

Quels sont les faits ? Un certain nombre de militaires ont été inoculés de bras à bras au Dey par un aide-major, à l'aide de vaccin pris, séance tenante, sur des enfants préalablement choisis à cet effet. Quelque temps après, une partie de ces hommes a présenté des accidents de syphilis : ce sont ceux, au nombre de 58 (??), qui auraient reçu le vaccin d'un des enfants, d'origine espagnole.

« Pas de doute possible d'ailleurs, affirme le journal auquel nous avons fait allusion, sur l'origine de la maladie : c'est au bras, sur les piqûres même du vaccin, que les plaies ulcéreuses se développent. »

Il est vraiment supreuant de voir avec quelle désinvolture sont ainsi tranchées, par les hommes les plus incompétents, des questions qui divisent encore les médecins !

(1) Le *Petit colon.*

Et d'abord, la nature syphilitique des accidents observés, n'a certainement pas dû être si indiscutable que la représente l'auteur de l'article sus-visé. Car l'on ne saurait admettre chez des médecins militaires, attachés à d'importants services, une ignorance assez grossière pour leur faire méconnaître des symptômes manifestes de véritable vérole. Reste l'accusation de mauvaise foi : « à l'hôpital, la principale préoccupation de l'autorité médicale est encore de déguiser la vérité. C'est dans la salle des blessés (!) que l'on entasse les pauvres diables empoisonnés par la vaccination officielle ; pour les tromper eux-mêmes, on va jusqu'à leur imposer un traitement qui ne se rapporte en rien à leur état... »

On ne s'attend pas, nous l'espérons, à ce que nous essayons de répondre à de tels arguments, si tant est qu'on puisse qualifier de la sorte d'aussi injurieuses imputations.

Revenons à la question des phénomènes graves qui ont été observés à la suite des vaccinations d'Alger. N'y aurait-il donc pas lieu de leur attribuer une signification autre que celle de manifestations nécessairement syphilitiques ?

Il peut se produire parfois des phénomènes d'ulcération, d'inflammation même, qui changent complètement l'aspect et la marche de la vaccine. Dans ces cas, la pustule vaccinale se transforme, au bout de quelques jours, en une ulcération arrondie, plus ou moins étendue, à bords taillés à pic, qui s'entoure d'une petite auréole rougeâtre inflammatoire, et peut devenir le point de départ soit d'un phlegmon, soit d'un érysipèle. M. le baron Larrey a fait connaître à l'Académie de médecine, en 1858, plusieurs cas d'érysipèle phlegmoneux avec engorgement des ganglions, observés chez des militaires revaccinés.

Ces complications, qui n'avaient pas échappé à Jenner, ont été fréquemment signalées, quelquefois même avec des caractères un peu différents, témoins les faits rapportés par MM. De Ranse, Tarnier, Lagneau et Antonin Martin. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, année 1870-71, t. 6, p. 108 et 109. Séance du 6 mai 1870).

Comme on le voit, ces détails sont loin de faire la lumière complète sur cet incident ; ils montrent seulement que, dans ce cas malheureux, le vaccin jennérien est devenu la cause ou l'occasion d'accidents très sérieux, sur la nature desquels on ne se prononce pas. Mais le silence même des personnes mises en cause par la presse politique algérienne laisse soupçonner que la syphilis n'est pas étrangère aux accidents observés. Sans nous associer aucunement, d'ailleurs, à des procédés de discussion que nous ne saurions admettre, nous voyons seulement, dans cette circonstance tout-à-fait déplorable, un argument topique à opposer aux considérations présentées par M. Burq dans la dernière séance de l'Académie. Dr J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA COLIQUE HÉPATIQUE

Peut-être un de nos lecteurs, à la seule vue de ce titre, va-t-il s'écrier, en parodiant un mot fameux de La Bruyère : « Tout est dit et l'on vient trop tard, depuis si longtemps qu'il y a des médecins qui écrivent. Sur ce qui concerne la colique hépatique le plus beau et le meilleur est enlevé, et l'on ne fait que glaner après les anciens et les habiles d'entre les modernes. »

Sans doute c'est un sujet bien connu que celui-là, et nous ne ferons à aucun de nos confrères l'injure de croire qu'il n'est pas familiarisé avec la colique hépatique. Pourtant, outre qu'on n'écrirait guère si on ne saisissait jamais une plume que pour étonner le monde par la révélation de grandes découvertes, — nous espérons montrer qu'on peut encore faire une honnête récolte en glanant ce qui n'a pas été dit dans les traités classiques sur les causes, les formes, le diagnostic et le traitement de la colique hépatique.

I. CAUSES.

Tout le monde aujourd'hui s'accorde à considérer la colique hépatique comme une crise douloureuse, accompagnée d'un certain cortège de phénomènes réflexes, qui traduit la présence ou la migration d'un calcul dans les voies biliaires ou plus exactement dans les canaux cystique et cholédoque.

L'accord existe aujourd'hui ; mais on sait que Rostan, Andral, Chomel et surtout Beau se refusaient à admettre que les concrétions biliaires fussent la cause habituelle et constante des coliques hépatiques. Beau s'appuyait sur trois arguments, à savoir : — que l'autopsie révélait souvent une masse de calculs dans la vésicule biliaire de vieillards n'ayant jamais eu de coliques hépatiques — que l'on constatait rarement l'expulsion d'un calcul après la cessation des douleurs, — et qu'enfin le spasme des conduits biliaires ne pouvait pas expliquer l'arrêt des calculs, puisque les anatomistes n'y décrivaient pas de fibres musculaires. Il rapportait donc tous les phénomènes de la colique hépatique à une névralgie du foie (hépatalgie) que détermineraient certains ingesta (alcool, acides, etc.), absorbés et transportés par la veine porte.

Aucune des objections de Beau ne subsiste aujourd'hui : on sait que la présence des calculs dans la vésicule ne cause en effet pas de coliques, mais que ces phénomènes douloureux apparaissent aussitôt qu'un calcul d'un certain volume en sort pour s'engager dans les voies d'excrétion ; on sait qu'il faut des précautions très grandes pour retrouver dans les garde-robes le calcul expulsé, mais que toutes les fois qu'on a pris ces précautions, la recherche du corps du délit a été fructueuse ; on sait enfin que le spasme des voies biliaires est possible, puisque l'histologie (1) et la physiologie expérimentale (2) ont mis hors de doute la présence des fibres musculaires lisses dans les conduits excréteurs de la bile.

Puisque la colique hépatique dépend de l'existence de calculs biliaires, quelles sont donc les causes qui amènent la formation de ceux-ci ?

A l'état normal, la bile contient de la cholestérine et du pigment tenus en dissolution par le glycocholate et le taurocholate de soude. Mais, dans certaines circonstances, la cholestérine se précipite et c'est elle qui constitue, en majeure partie, les calculs. Or, la cholestérine se précipite, soit parce qu'elle est en excès, soit parce que des modifications surviennent dans les matériaux qui la dissolvaient.

La cholestérine est une matière grasse qui résulte en grande partie de la dénutrition du système nerveux; elle augmente donc chez les gens qui ne brûlent pas suffisamment, par l'exercice, l'excès de graisse contenu dans leur sang ; elle augmente chez les sujets dont le système nerveux fonctionne activement. — D'autre part, les matériaux qui maintiennent la cholestérine et le pigment en dissolution peuvent être modifiés par diminution des sels de soude (Thénard), apparition de la chaux (Bramson), changement de la réaction alcaline normale de la bile en réaction acide sous l'influence d'un régime trop animalisé ou hypersécrétion inflammatoire des conduits biliaires (Frerichs). Enfin le ralentissement du cours de la bile favorise encore la précipitation de ses éléments solides.

Justifions par l'observation clinique l'énumération de ces causes physiologiques et chimiques de production des calculs biliaires.

Les concrétions biliaires sont rares dans le jeune âge, bien qu'on ait pu en observer même chez des nouveaux-nés. Elles sont, au contraire, d'une extrême fréquence chez les personnes âgées. Est-ce parce que chez elles l'excès de cholestérine résulte du travail de dénutrition des centres nerveux ? ou parce que la chaux serait éliminée en excès ? (Bernier). — Pourtant si la lithiase est fréquente dans la vieillesse, les coliques hépatiques, c'est-à-dire les manifestations causées par la migration des calculs, sont plus fréquentes dans l'âge adulte ; l'explication de ce fait réside sans doute, dans le peu de réaction et de tendance aux spasmes que présentent les vieillards. Au contraire les névropathes, les femmes qui réagissent si facilement sous l'influence des excitations pathologiques, et dont la réaction s'accuse par un bruyant cortège de manifestations symptomatiques, sont les victimes habituelles de la colique hépatique.

Mais deux grands faits dominent sur tout l'étiologie des coliques hépatiques, la *sédentarité* et la *diathèse arthritique*.

L'action de la sédentarité est attestée par la fréquence de cette affection chez les femme, sur-

(1) Recherches de Grancher et Renaut.
(2) Expériences de Laborde, Dujardin-Beaumetz, Audigé.

tout dans un grand nombre de circonstances de leur vie sexuelle, comme nous le verrons tout-à-l'heure, — chez les gardes malades, les sages-femmes; chez les domestiques de bonne maison sédentaires et bien nourris, chez les gens de lettres sédentaires aussi, mais en général, hélas! moins bien nourris, au début de leur carrière, du moins.

L'influence d'un repos absolu accidentellement imposé à des personnes qui, d'ordinaire, prennent de l'exercice, est peut-être plus frappante encore; (prisonniers, rhumatisants, gens atteints de fractures de jambe ou ayant subi une opération chirurgicale.)

Chez la femme, il est particulièrement curieux de noter la relation des coliques hépatiques avec les *époques menstruelles*, avec les *affections utérines* et la *grossesse*. — Aran, Bennett, Willemin, Martineau ont insisté sur la fréquence des crises douloureuses comparables ou identiques à la colique hépatique chez les femmes atteintes de métrites chroniques. Leurs explications seules varient: Beanett y voit le résultat de sympathies nerveuses pathologiques; Aran, une simple coïncidence de la lithiase avec la métropathie; Martineau l'a observée chez des arthritiques et invoque la diathèse; Willemin explique ces faits par le repos prolongé auquel sont condamnées les femmes dont la matrice est en souffrance.

Nous avons entendu M. H. Huchard, dans ses leçons au lit du malade, insister sur la fréquence des coliques hépatiques chez les femmes enceintes; il les a observées surtout chez des femmes arthritiques, chez de nouvelles accouchées qui ne nourrissent pas, et il rapproche ingénieusement ce fait des cas de coliques hépatiques survenant dans certains pays où l'on mange du beurre avec exagération. — Il nous disait encore qu'il avait observé plusieurs cas de coliques hépatiques dans le cours d'affections cardiaques, et qu'on pouvait alors invoquer deux causes pathogéniques, le repos forcé et l'arthritisme. Car, il est hors de doute, que la colique hépatique est une manifestation des plus fréquentes de cette diathèse. La coïncidence et l'alternance, soit chez les mêmes individus, soit chez les membres d'une même famille, de la lithiase biliaire avec la lithiase urique et les coliques néphrétiques, les migraines, l'asthme, les hémorrhoïdes, l'eczéma ne laissent subsister aucun doute sur cette identité d'origine diathésique.

Enfin, nous signalerons certaines crises de coliques hépatiques survenant sous l'influence du séjour à Vichy chez des lithiasiques n'ayant eu, jusque là, que des troubles dyspeptiques, accident comparable aux *hémoptysies minérales* qui apparaissent chez les tuberculeux peu après leur arrivée aux Eaux-Bonnes ou au Mont-Dore, quand le traitement thermal a donné une sorte de coup de fouet à l'organe malade.

II. Symptômes et formes diverses

Un accès de colique hépatique peut éclater brusquement chez un sujet bien portant jusque là; toutefois, il est plus fréquent d'observer une période prodromique, ou du moins, si on est appelé pour la première fois auprès du malade, d'en reconstituer rétrospectivement les éléments par un interrogatoire sagace. On peut diviser les phénomènes ressortissant à cette période en *prodromes diathésiques*, *gastriques* et *hépatiques*.

Les premiers comprennent tous les troubles pathologiques qui sont comme la signature de la diathèse arthritique: migraines, sédiments uratiques fréquents dans les urines, coryzas répétés et tenaces, hémorrhoïdes, manifestations articulaires ou cutanées (urticaire, eczéma, acne rosea); on sait combien il est habituel de voir chez un arthritique ces accidents se succéder ou alterner.

Les phénomènes gastriques consistent en crampes, douleurs d'estomac sans vomissements, qui peuvent exister pendant un grand nombre d'années avant qu'on puisse les rapporter à leur véritable cause; ces accès douloureux peuvent avoir été suivis parfois de l'émission d'urines ictériques brunes à reflets verdâtres, ou d'une légère suffusion jaune des conjonctives et des ailes du nez. Cette dyspepsie hépatique diffère de la dyspepsie arthritique simple, qui d'ailleurs peut l'avoir précédée, par une moindre flatulence, des vomissements plus rares, l'intensité des douleurs et leur caractère spasmodique.

Aux prodromes hépatiques proprement dits se rapportent la présence de la bile dans les urines après les accès gastralgiques, une douleur sourde siégeant au niveau de l'hypochondre droit, une certaine distension de la vésicule biliaire (Willemin), un peu d'augmentation de volume du foie, avec une sensibilité à la palpation qui trahit la congestion, parfois des accès fébriles intermittents et irréguliers sur lesquels nous aurons à revenir à propos des formes anomales de l'affection.

Qu'il y ait eu ou non une période prodromique appréciable, lorsqu'éclate un accès de colique hépatique franche, c'est habituellement dans les circonstances suivantes:

Deux ou trois heures après le repas, sans cause occasionnelle appréciable, ou quelquefois coïncidant avec une émotion morale, une contrariété ou avec une commotion du foie, un *frisson* apparaît d'une intensité variable et presque en même temps une *douleur* dans la région de l'estomac. La douleur peut être le premier phénomène en date, et en tous cas, elle acquiert bientôt une intensité telle qu'elle prime les autres manifestations.

Les caractères de cette douleur ont été remarquablement précisés par M. Cornillon (1). Si on cherche quel est exactement son siége, on peut arriver à délimiter en s'aidant de la palpation et des renseignements fournis par le malade, les points suivants où elle acquiert son maximum et d'où elle irradie en divers sens.

Il y a d'abord un *point cystique*, signalé par Flemming pour la première fois, et à peu près constant; on ne le voit manquer que dans les cas où les concrétions biliaires sont de très petit volume, presque pulvérulentes ou bien d'une forme

(1) *Progrès médical*, 1880, p. 641.

appropriée à celle des canaux. Ce point douloureux est direct, c'est-à-dire qu'il correspond exactement au siége du calcul; au début de l'accès, il se trouve à 10 centimètres à droite de la pointe de l'appendice xiphoïde, ou bien entre le septième et le huitème espace intercostal droit sur le trajet d'une ligne verticale passant par le mamelon, peu à peu le siége de la souffrance se déplace vers la gauche et arrive à se confondre avec la douleur épigastrique. Ce point douloureux cystique apparaît parfois vingt-quatre heures avant le début des autres accidents, il est donc d'un réel intérêt pronostic ; lorsqu'il persiste après leur disparition, on doit craindre une récidive ou une cholécystite.

Le point épigastrique siége sur la ligne médiane; il est constant, c'est en général celui sur lequel les malades appellent d'abord l'attention, il est pourtant de nature réflexe. La sensation éprouvée consiste, soit en alternatives de resserrement et de dilatation de l'estomac, soit en une barre transversale, ou verticale allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Cette douleur augmente d'intensité avec l'accès. L'épigastre devient bientôt d'une telle sensibilité que la palpation est impossible et que le contact même de la chemise est intolérable ; par exception une pression forte peut procurer du soulagement. La douleur épigastrique s'accompagne de nausées, d'une émission de gaz fétides et bientôt de vomissements alimentaires qui soulagent d'abord et font croire à une simple indigestion; mais bientôt la douleur reparaît; les vomissements continuent, s'accompagnant d'angoisse, de lipothymies et d'antres phénomènes nerveux réflexes sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. — La douleur épigastrique diminue et disparaît d'ordinaire avec l'accès, cependant elle peut reparaître pendant quelques jours au moment de l'ingestion des aliments.

Le *point dorsal*, qui fait rarement défaut, et que Vidal a décrit le premier sous le nom de point de correspondance, consiste en une douleur spontanée, accrue par la pression, et qui siège entre les apophyses épineuses des 7e et 10e vertèbres dorsales, juste au niveau de la douleur épigastrique, de manière à simuler les sensations de transfixion que détermine l'ulcère simple de l'estomac.

Le *point scapulaire*, dont la connaissance est due à Budd, se montre dans le cinquième des cas au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, parfois vers l'acromion ou l'épine, il est exagéré par la pression et les mouvements de l'épaule. Souvent on voit coïncider avec lui des fourmillements dans les doigts de la main droite et des irradiations vers l'épitrochlée. Ce point a une grande valeur séméiologique comme indice d'une affection hépatique, et il aide principalement au diagnostic différentiel avec la colique néphrétique.

Enfin un cinquième point douloureux, celui de *l'hypochondre gauche* nié par Senac, admis par Durand-Fardel et Willemin, est le plus rare de tous assurément; mais nous l'avons pu constater nous-même avec certitude. On peut préciser son siège, à 12 centimètres à gauche de l'appendice xiphoïde, et l'appeler *point splénique*, s'il est vrai qu'il soit lié à une congestion de la rate. Quand il s'irradie vers le flanc gauche, il peut en imposer pour un point néphrétique; il est donc bon d'être prévenu de son existence possible.

Avec un peu d'habitude et de patience dans l'exploration, on arrivera souvent à préciser l'existence de l'un ou de l'autre de ces points douloureux ; il est pourtant des cas dans lesquels les localisations douloureuses sont remplacées par une sensation de ceinture, d'étau, qui étreint uniformément la base du thorax.

Toujours l'agitation, l'inquiétude du malade sont extrêmes ; si c'est une femme ou un sujet très nerveux, ses cris et ses pleurs rendent la scène particulièrement pénible pour le médecin. Les attitudes sont assez variables; pourtant dans un grand nombre de cas le patient se tient accroupi sur son lit, les genoux relevés au devant de la poitrine, la tête penchée en avant et les mains crispées sur le le point le plus douloureux.

Le plus souvent, malgré l'intensité des souffrances et l'éclat des désordres nerveux, *l'apyrexie* reste complète, on aurait constaté de l'hyperthémie locale (Mossé) (1). Le pouls est en général ralenti, et, quand il existe des troubles cardiaques, il faut les considérer comme des complications.

L'ictère apparaît de six à douze heures après les coliques; il résulte des expériences de Saunders, que le pigment biliaire existe toujours dans les urines avant que la coloration jaune soit appréciable aux conjonctives et à la peau. A ce propos, disons qu'on a cru pouvoir diagnostiquer, d'après l'existence de l'ictère et les caractères des vomissements, si le calcul se trouve enclavé dans le canal cholédoque ou dans le canal cystique : dans le premier cas, on observerait l'ictère et des vomissements non bilieux, simplement alimentaires et muqueux; dans le second, il n'y aurait pas d'ictère, mais des vomissements porracés fréquents.

La *terminaison de la crise* peut se faire par l'issue du calcul dans l'intestin, et, après une recrudescence de souffrances au moment du passage à travers l'orifice duodénal, le calme renaît. Si on prend le soin de tamiser avec précaution toutes les matières fécales pendant les jours qui suivent, on aura la satisfaction de trouver le corps du délit. Mais, dans le cas où on ne le trouvera pas il ne faudra pas conclure que le diagnostic erroné; car il est prouvé que, sous l'influence des contractions spasmodiques du canal cystique, un calcul, après s'être engagé, peut rebrousser chemin et retomber dans la vésicule biliaire; — ce qui procure, momentanément du moins, au malade le même soulagement que l'issue définitive par la voie intestinale.

Les FORMES ANOMALES de la colique hépatique sont celles dans lesquelles certains symptômes, d'ordinaire accessoires, deviennent assez intenses pour primer tous les autres, — ou bien qui se distinguent par l'apparition de phénomènes insolites. — Parmi les symptômes réflexes habituels, nous avons déjà signalé les *vomissements;* ceux-ci peuvent se montrer avec un caractère d'incoerci-

(1) Accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation, 1880.

bilité inquiétant, exténuant le malade par les efforts qu'ils l'obligent à faire, s'accompagnant de lipothymies et de sueurs froides, et mettant un obstacle insurmontable à toute médication par la voie stomacale. — D'autres complications, moins fréquentes, sont des *crampes* siégeant dans les membres inférieurs, aussi intenses que dans une attaque de choléra et s'accompagnant de *refroidissement des extrémités;* — une contracture des muscles de l'abdomen, des *convulsions épileptiformes* limitées à une moitié du corps.

On a observé encore des troubles de la motilité allant jusqu'à la *paraplégie;* de l'intelligence et de la parole, tels que *subdélire* et *aphasie transitoire*; enfin des désordres dans le rythme cardiaque, *souffles, bruit de galop*, qui sont plutôt liés à l'existence de l'ictère et sur lesquels nous insisterons quand nous traiterons de ce symptôme en particulier.

M. Guéneau de Mussy a signalé l'*œdème*, soit aux membres inférieurs, localisé parfois à la face interne du tibia, soit à la face, et une *congestion pulmonaire* qui reste limitée à la base droite, et qui est attestée par des râles sous-crépitants fins et nombreux, de la toux, une expectoration visqueuse et de la fièvre. D'ailleurs, la solidarité entre le poumon et le foie n'est-elle pas prouvée par la fréquence de la congestion hépatique dans le cours de la pneumonie?

Enfin, il faut avoir présente à l'esprit la possibilité d'une terminaison funeste, d'une *mort* rapide (1) ou même subite (2), rare sans doute, mais incontestable. Rapide, elle peut avoir été déterminée par des accidents péritonitiques (Willemin); subite, elle ne peut dépendre que d'une syncope, résultat de la sidération des centres nerveux par la douleur, — explication qui n'est pas oiseuse, puisqu'elle impose au médecin l'indication de calmer la douleur à tout prix, quand elle acquiert une intensité inquiétante.

Ce sont surtout les FORMES FRUSTES ou LARVÉES qui présentent un extrême intérêt au point de vue du diagnostic. Leur existence s'explique par ce fait, que le spasme des voies biliaires et les phénomènes réflexes qui en découlent, ne sont nullement en rapport avec le volume des calculs qui s'y engagent; des concrétions, si minimes qu'on leur a donné le nom de *gravelle biliaire*, *boue biliaire*, suffisent à déterminer, par leur passage, des phénomènes douloureux, alors qu'elles sont insuffisantes pour amener un ictère appréciable.

Elles peuvent se traduire seulement par des crampes d'estomac, on est alors en présence des coliques hépatiques *pseudo-gastralgiques*. — Elles peuvent aussi ne se trahir que par des accès fébriles irréguliers, sans douleur, *la fièvre intermittente lithiasique*. Nous réservons l'intéressante énumération des caractères de ces formes larvées pour le prochain article, qui sera consacré à l'étude détaillée du diagnostic et du traitement.

(*A suivre.*) Paul GERNE.

(1) Fabre (de Marseille). Relations pathogéniques des troubles nerveux, 1880.

(2) Portal, Lieutaud, Durand-Fardel, Cornillon (*Vichy médical*, 1879).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale

2e PARTIE. — ONZIÈME LETTRE.

—

MÉDECINE ET PHARMACIE

Nous parlions dans notre dernière lettre des médicaments urgents et réclamions, en leur faveur, une réglementation particulière, ajoutant que rien ne nous semblait plus justifié. En veut-on des preuves?

Le médecin est appelé, la nuit, pour un enfant qu'on soupçonne atteint du croup, lui refusera-t-on le droit de donner un vomitif? Il s'agit d'une fièvre pernicieuse, ne pourra-t-il donner du sulfate de quinine?

Et qu'on examine à quelles inconséquences entraîne l'omission d'une règle en ce qui concerne ces médicaments urgents: le médicament que *nous avons le droit* d'administrer par la méthode hypodermique, nous ne pouvons, sans contrevenir à la loi, le donner par la bouche, mélangé à de l'eau sucrée.

Un de nos confrères, à la réunion du 14 août, nous déclarait avoir été poursuivi pour avoir donné trente gouttes de laudanum à un malade atteint de coliques violentes. — S'il avait injecté deux centigrammes de morphine, il eût été dans son droit!

Nous reconnaissons aux pharmaciens le droit de faire un pansement urgent, bien qu'ils le fassent souvent fort mal. Nous refuseront-ils le droit de délivrer un médicament urgent?

On nous dit qu'il se commettra des abus, et que, pour le médecin, tous les médicaments deviendront urgents. — C'est là une objection bien peu fondée, puisque nous ajoutons que ces médicaments seront nommément désignés sur une liste annexée au Codex.

Nous craindrions bien plutôt les reproches de nos confrères qui pourraient nous dire que la médecine n'est pas une science officielle et, que tel médicament, qui ne sera pas inscrit au Codex, peut être urgent pour le médecin dans un cas donné.

Nous l'avons dit, nous ne cherchons ici que des mesures transitoires, qui nous permettent d'arriver à la solution réelle: *l'unification du diplôme et la liberté pour tous*; rien d'étonnant si ces me-

sures provisoires laissent à désirer. Elles constituent sur l'état actuel une amélioration, que cela nous suffise!

On nous reproche encore de vouloir ruiner les pharmaciens, mais ces médicaments urgents, est-ce nous qui les préparons? Ne devons-nous pas nous en munir chez un pharmacien? — De quoi nous accusera-t-on donc? D'aller à la meilleure pharmacie et de préférer les produits de M. X** qui sont bons à ceux de M. Y*** qui ne valent rien?

Qu'on examine de près toutes ces objections, on ne tardera pas à se convaincre qu'elles n'ont d'autre but réel que de protéger les produits défectueux et *les pharmacies non sérieuses*, pour nous servir de l'expression de M. Crinon.

Le pharmacien ne peut livrer et débiter les préparations médicinales que sur une ordonnance du médecin.

C'est là une prescription qu'il est impossible de ne pas conserver tant que les deux professions demeureront séparées et réclameront des études différentes. Mais nous ne faisons aucune difficulté pour accorder aux pharmaciens ce que nous avons réclamé d'eux dans l'intérêt du public.

C'est à cet avis que se sont rangés nos confrères quand ils ont adopté le vœu suivant :

Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter les préparations médicinales que sur ordonnance du médecin.

Toutefois, ils pourront vendre librement et sous leur responsabilité, les médicaments simples désignés nommément sur une liste annexée au Codex.

Nous pouvons actuellement chercher misère à un pharmacien qui délivre sans ordonnance du vin de quinquina, de l'eau blanche, de l'alcool camphré, etc... C'est là un état de choses absolument ridicule et dont nul ne souhaite le maintien.

Les abus, comme en ce qui concerne les médicaments urgents, seront prévenus par la désignation au Codex; les pharmaciens, pas plus que nous, ne pourront donc se plaindre de cette garantie qui est la même pour tous.

Bien souvent il n'y a qu'une officine dans un chef-lieu de canton et même une petite ville : de ce fait naissent des abus et des difficultés que la législation future doit prévoir.

Il peut arriver d'abord que le pharmacien ne puisse ou ne veuille délivrer un médicament demandé (c'est chose commune lorsqu'on réclame une marque spéciale), le médecin doit être garanti contre cette éventualité, et ce vœu, suivant nous, paraît des plus sages :

Toutes les fois qu'il aura été constaté que le pharmacien se trouve dans l'impossibilité de fournir un médicament demandé, le médecin aura le droit de fournir à son client ce médicament.

Il peut arriver aussi que le pharmacien ait acquis le droit d'exercer légalement la médecine et cumule les deux professions. Nous savons que ce cumul est repoussé par certains, mais ce n'est pas à nous de le rejeter puisque nous nous rangeons, comme solution dernière, au système de la liberté avec l'unité de diplôme.

Nous acceptons donc la réunion des deux professions dès maintenant; il nous suffit que ce cumul ne puisse nuire aux autres médecins, et ce but serait atteint par l'adoption du vœu émis à la séance du 14 août :

Si le pharmacien est seul dans une localité et qu'il cumule les fonctions de médecin, les autres médecins de cette localité auront le droit de fournir à leurs clients les médicaments qu'ils prescriront, sans pourtant tenir officine ouverte.

S'il y a plusieurs officines, cette faculté n'a pas de raison d'être; elle s'impose, au contraire, si l'officine est unique, car tout le monde comprend les difficultés de toutes sortes créées par le privilège d'un pharmacien-médecin aux autres médecins qui ne peuvent exercer la pharmacie.

Là se bornent nos revendications en ce qui concerne les rapports de la médecine et de la pharmacie : il y aura bien encore quelques vœux à formuler touchant l'inspection des officines et des dépôts de médicaments, mais c'est là un point spécial que nous pouvons remettre pour jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces revendications, et examiner sérieusement quelle situation leur adoption ferait aux intéressés.

Les pharmaciens auraient-ils beaucoup à souffrir d'une législation qui donnerait satisfaction aux vœux que nous venons d'émettre?

Nous ne le pensons pas : ils trouveraient un avantage marqué dans la législation particulière aux produits spécialisés et aussi dans la faculté de vendre librement certains médicaments.

On nous dira peut-être qu'en pratique ils profitent dès maintenant de ces avantages — mais nous repondrons qu'en cela ils violent la loi et s'exposent à la répression. A la tolérance actuelle nous substituons le droit.

Nous ne pouvons admettre que la délivrance par le médecin des médicaments urgents leur porte un sérieux préjudice, et d'ailleurs nous pourrions dire aussi qu'en pratique, ce droit nouveau ne serait guère une innovation — tout au plus serait-ce une légère extension.

Restent donc les mesures qui visent la délivrance ordinaire des médicaments par les médecins; nous devons convenir qu'augmentant les droits des médecins on enlève forcément un peu aux pharmaciens.

Les *pharmacies sérieuses* ne s'apercevront certainement pas du nouvel état de choses, car le médecin aura tout intérêt à s'adresser à elles pour se munir lui-même de médicaments qu'il ne fabrique pas, et d'ailleurs l'augmentation de la quantité de médicaments délivrés compensera largement la réduction de prix que ces pharmacies consentiront au médecin. — Il faut bien savoir en effet que, dans les communes dépourvues de pharmacies et où cependant les médecins n'ont

pas le droit de délivrer les médicaments, on se passe le plus possible de ces médicaments et nous ne croyons pas exagérer en partant au double la quantité de médicaments qui, avec le nouvel ordre de choses, seraient annuellement consommés.

Le coup serait plus dur pour *les pharmacies non sérieuses*, mais qui donc oserait s'en plaindre? — Si quelques-unes de ces petites officines mal approvisionnées disparaissent, où donc serait le grand mal?

Nous causions naguère, avec un pharmacien de nos amis, d'une petite pharmacie située dans un chef-lieu de canton d'un département du centre. — Cette pharmacie est fort mal approvisionnée : les produits sont défectueux, d'autres sont altérés, etc.....

Le pharmacien fait une recette annuelle de 6,000 francs environ; nous forçons plutôt un peu le chiffre, car nous voulons nous rapprocher le plus possible de la situation de nombre de petites pharmacies de campagne.

Comment veut-on que, dans ces conditions, ce malheureux homme puisse vivre, s'il exerce sa profession en conscience? Car, le jour du marché principalement, il exerce illégalement la médecine et délivre, sans ordonnance bien entendu, le plus de médicaments possible; c'est là certainement pour lui une affaire importante et la stricte exécution de la loi diminuerait sensiblement le chiffre de ses recettes.

Sur ces 6,000 francs, il doit prélever le prix d'achat de ses médicaments, l'intérêt annuel du prix de son officine et du prix de son approvisionnement: il doit défalquer son loyer, ses contributions, ses pertes, ses frais de laboratoire, etc... que lui reste-t-il donc pour vivre et élever sa famille?

Et cependant il vit, mais pour cela il est obligé d'acheter au rabais, il doit se contenter des produits du commerce, il manque d'une foule de substances, il n'a pas les produits spécialisés qu'on lui demande, et remplace les *pilules de X**** par les *pilules selon la formule de X****, enfin et surtout, il donne des consultations et de son chef délivre des médicaments.

On ne nous accusera pas d'exagérer, nous avons vu à C... (Eure-et-Loir), une pharmacie tenue dans des conditions telles que les médecins se virent obligés de fournir quand même les médicaments, et, poursuivis par le pharmacien pour exercice illégal, furent acquittés par le tribunal.

Croit-on qu'il y aurait vraiment péril si quelques-unes de ces officines venaient à disparaître?

Mais qu'on se rassure, elles ne disparaîtront même pas, car si l'exercice illégal de la pharmacie est facile à constater, il n'en est pas de même pour l'exercice de la médecine, et, quelle que soit la loi, quoi que nous fassions, le pharmacien donnera toujours quelques petits conseils accompagnés d'une potion, d'un sirop ou d'une pommade quelconque.

Aussi le répétons-nous encore, ce qu'il faut poursuivre sans relâche, c'est l'unification du diplôme. En dehors de là, il n'y a qu'expédients et demi-mesures. Dr A. Gassot (de Chevilly).

II

DÉONTOLOGIE MÉDICALE. — LE SECRET PROFESSIONNEL.

Mon cher Directeur et honoré confrère,

A propos du secret professionnel, j'ai fait quelques recherches, et j'ai réuni un certain nombre de faits épars. Je vous envoie ce résumé qui pourra guider le médecin dans des cas analogues à celui du docteur Lesueur (*Concours médical*, 23 avril 1881).

Si vous pensez que ces documents peuvent être utiles à nos confrères, veuillez les insérer, et si vous le jugez à propos, nous examinerons le fait cité par le docteur Bouthery (*Concours médical*, 25 juin 1881), et celui relaté dans le *Concours* du 6 août courant.

Agréez, mon cher Directeur, mes excuses pour la longueur de mon envoi, et l'assurance de mon entier dévouement à la cause que vous défendez. Tout à vous. Dr Lachèze.

Art. 378 du code pénal. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.

Il n'y a donc pour les médecins et autres officiers de santé qu'une exception à l'obligation du secret, c'est le cas où la loi veut qu'*ils se portent dénonciateurs*. Cette exception n'avait rapport qu'aux crimes, complots ou attentats contre le chef du gouvernement ou la sûreté de l'Etat; encore on aurait été tenu de révéler ces crimes, complots ou attentats, mais non les noms des personnes (Arrêt du tribunal de Blois, 13 août 1816). Du reste, les articles 103 et suivants du Code pénal, qui obligeaient à se porter dénonciateur, dans les cas énoncés plus haut, ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832, et, par conséquent, il n'y a plus d'exceptions à l'art. 378.

Le médecin peut donc refuser de répondre aux questions qui touchent aux choses qu'il a apprises dans l'exercice de sa profession. Ainsi le médecin, la sage-femme qui ont assisté à un accouchement sont tenus d'en faire la déclaration, mais on ne peut les obliger à livrer le nom de la mère. « *Le silence sur toutes choses à eux confiées, a été imposé aux médecins par l'art. 378 qui leur défend de révéler de tels secrets* (Cass., 16 septembre 1843). »

C'est à eux à interroger leur conscience et à discerner ce qu'ils doivent faire. (Cass. 22 février 1828).

Cependant le tribunal de Melun, par un jugement en date du 10 mars 1843, a condamné à 100 francs d'amende un officier de santé, pour refus de faire cette déclaration. La cour de Paris confirma ce jugement par arrêt du 20 avril 1843.

La cour de Dijon avait déjà rendu un arrêt dans ce sens le 14 août 1840.

Mais un jugement du tribunal correctionnel de la Rochelle juge en sens contraire (5 avril 1843). Ce jugement est confirmé par la cour de Saintes et ensuite par la cour de Cassation. (Gaz. des trib. 21 avril, 9 mai et 17 septembre 1843).

Cette dernière doctrine est adoptée par la cour d'Agen dans un arrêt du 20 avril 1844, et la cour de Cassation, admet, par deux arrêts rendus le 1er juin 1844, que l'obligation de déclarer la naissance, n'implique pas d'autre obligation *que la déclaration du seul fait matériel.*

Le 19 juillet 1850, le tribunal d'Angers condamne un médecin, le docteur Chedanne à 100 fr. d'amende pour n'avoir pas voulu faire connaître le nom de la mère d'un enfant qu'il avait déclaré à la mairie le 4 février de la même année. Mais la cour d'appel, réforme le jugement et acquitte le docteur Chedanne (18 novembre 1850).

Enfin la déclaration d'un nom imaginaire ne constitue pas nom plus un délit. Une sage-femme, nommé Prévost, avait donné un nom imaginaire en déclarant un enfant pour cacher le nom de la mère qui avait accouché chez elle. Le tribunal de première instance la condamne à 25 fr. d'amende. Appel à minima par le ministère public. La cour d'appel de Blois réforme le jugement et acquitte la sage-femme, disant que « les déclarations mensongères sur le nom de la mère n'étant qu'un fait accessoire à la déclaration de naissance de l'enfant *qui seule est obligatoire*, ne pouvaient autoriser l'application de l'article 346. » Pourvoi du ministère public pour crime de faux. Rejet du pourvoi par la cour de Cassation. (Cass. 1er août 1845). Je cite cet arrêt, parce qu'il me paraît très probant; mais il est beaucoup plus digne, en pareil cas, de refuser simplement de donner le nom de la mère.

Lorsque le médecin est appelé en justice comme témoin, il ne doit dévoiler que les faits qu'il a appris en dehors de l'exercice de sa profession; *il doit même se taire lorsque les intéressés demandent la révélation des faits confiés.* (Cour de Montpellier, 24 septembre 1827 et cour de Grenoble 23 août 1828).

Cependant, par différents arrêts, la cour de Cassation semble admettre une jurisprudence d'après laquelle les médecins ne seraient dispensés de témoigner que sur *des faits confidentiels.* Mais tout ce que nous apprenons dans l'exercice de notre profession peut être regardé comme confidentiel, aussi en 1853, le ministère public accepta l'excuse du docteur Cazeaux qui déclara « *considérer comme confidentiels* » certains faits sur lesquels il était appelé à témoigner, alors même que les parties intéressées l'avaient autorisé à les dévoiler.

Le médecin doit donc témoigner, d'après la jurisprudence qui paraît actuellement admise, sur tous les faits qui n'ont pas un caractère confidentiel, et lorsqu'il est appelé, il doit en prêtant serment, faire ses réserves.

Il est peu probable que le ministère public frappe le médecin d'une pénalité, lorsque celui-ci, après avoir pris cette précaution, répondra : « *Je considère comme confidentiels les faits sur lesquels vous m'interrogez ; en vertu de l'article 378 du Code pénal, il m'est impossible de répondre.* » Si malgré cela, le ministère public condamnait le médecin à une amende, il n'y aurait que la ressource d'appeler devant toutes les juridictions possibles. Comme cela intéresse le corps médical tout entier, il me semble que ce devrait être l'affaire des associations médicales de quelque nature qu'elles fussent. Dr LACHÈZE, à la Demi-Lune. (Rhône).

III

SERVICE MILITAIRE.

Un de nos confrères de province, âgé de trente-et-un ans, vient d'être averti par le bureau de recrutement de sa circonscrpition territoriale, qu'il aurait à prendre part aux exercices de treize jours obligatoires le mois prochain pour tous les hommes de sa classe.

Il nous a écrit à ce sujet pour nous demander comment il pourrait se faire dispenser de cette obligation.

Voici la réponse que nous avons faite et que nous publions pour qu'elle soit connue de ceux de nos confrères qui pourraient se trouver dans le même cas.

L'autorité militaire que vous avez négligé d'informer à temps, de l'obtention de votre diplôme de docteur en médecine, ne pouvait que vous traiter comme elle l'a fait; et il faut même lui savoir gré de vous avoir classé parmi les infirmiers, elle aurait pu vous affecter à une arme quelconque, comme tout autre citoyen, d'après votre taille et votre aptitude physique.

Il fallait, le jour même où vous avez été reçu docteur, le faire savoir à l'autorité militaire locale compétente, c'est-à-dire au bureau de recrutement de votre circonscription, lequel vous aurait engagé à demander au ministre de la guerre une place — toujours accordée — de médecin militaire dans l'armée territoriale ou dans la réserve, suivant votre âge.

En ce moment, voici ce que vous avez à faire pour réparer votre oubli. Il faut adresser au Général de Division, *commandant le corps d'armée* de la région à laquelle vous appartenez une lettre ainsi conçue :

Monsieur le Général,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien prendre en considération, et transmettre au Ministre de la guerre la demande que je lui adresse, à l'effet d'obtenir un emploi de médecin aide-major dans l'armée territoriale.

Ci-joint un certificat du Maire de....... (la localité que vous habitez), constatant mon titre de docteur en médecine.

Je vous prie de vouloir bien dès à présent donner des ordres pour que je sois dispensé des exercices obligatoires pour les hommes de ma classe.

Veuillez agréer, etc. etc. etc...

A cette lettre, il faut en joindre une autre, adressée directement au ministre de la Guerre et dans laquelle vous demandez cette place de médecin aide-major de la façon suivante :

Monsieur le Ministre,

Etant reçu docteur en médecine à la date du... comme le prouve le certificat ci-joint de M. le Maire de... j'ai l'honneur de vous demander un emploi de médecin aide-major d'armée territoriale.

Veuillez agréer.....

Voilà, mon cher confrère, tout ce qu'il y a à faire. C'est bien simple et cette seule démarche, avant même que vous ne soyez nommé médecin aide-major, vous fera dispenser des treize jours d'exercices obligatoires, bien pénibles pour ceux qui excercent notre profession. Dr Massaloup.

IV

Les honoraires médico-légaux

Monsieur le Directeur,

Depuis dix ans que je suis établi, toutes les affaires médico-légales du canton m'ont incombé, et je passe sur le traitement ridicule qui nous est alloué.

J'arrive à un fait plus précis, la question des certificats. Hier, à six kil. de chez moi, le brigadier de gendarmerie me prie de venir voir un homme qui avait été très brutalement frappé par trois de ses voisins. J'y vais par humanité, car il n'avait pas de réquisitoire à me fournir et la famille est dans la misère. Il me fait lire ses instructions et me dit que, dans l'espèce, le parquet exigeait la visite et un rapport du médecin. Mais aux frais de qui ?

J'en ai fourni déjà plusieurs pour des cas d'assises ou de police correctionnelle, le parquet se mettait en règle avec moi. Dans la circonstance, pas du tout; il est sous-entendu que c'est la famille ou le coupable qui paiera, mais pas le tribunal.

Ennuyé de cet état de choses, j'ai dit au brigadier : Mettez dans votre rapport que j'ai vu le blessé, pris mes notes, etc., — mais que je ne leur enverrai aucun certificat sans un réquisitoire en règle. — Ai-je bien fait ?

Si ce fait peut intéresser mes confrères, j'en serai heureux, car nul doute que plusieurs d'entre nous ne se soient trouvés dans le même cas.

Je vous rendrai compte du résultat final.

Recevez, etc. Dr Marchand, 24 juillet.

CHRONIQUE

Les fléaux régnants.

Le choléra

Nous extrayons ce qui suit de différentes correspondances.

Le choléra épidémique s'est déclaré sur divers points de l'Orient. Son apparition à Aden doit surtout préoccuper l'Europe. Aux premières nouvelles qui nous sont parvenues, on comptait 32 cas et 27 décès. Sur 78 cas qui se sont produits depuis, 50 se sont terminés par la mort. On sait que les bateaux à vapeur qui traversent la mer Rouge sont obligés, presque tous, de toucher à Aden pour y renouveler leur provision de charbon. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les rares bateaux qui ont des cales assez spacieuses pour y emmagasiner le charbon. Les dépôts de charbon d'Aden et la relâche des bateaux à vapeur y attirent une nombreuse population flottante de Parsis, d'Indiens, de Somalis, provenant de la côte africaine, et d'Arabes de la grande tribu des Hawahib installée au delà des montagnes qui enserrent Aden. Il pleut très rarement à Aden, ce qui rend à peu près inutiles les citernes et les *bends* dont la plupart des traités de géographie parlent avec complaisance. On y boit de l'eau de mer assez mal distillée, ce qui, comme on le sait, est essentiellement fâcheux et défavorable en temps d'épidémie. Cette population, soit sédentaire, soit flottante, est estimée à 30,000 âmes, dont 2,000 Européens, y compris la garnison de 800 hommes. Le danger est aujourd'hui plus menaçant par suite du pèlerinage de la Mecque, qui a lieu en ce moment. Le nombre moyen des pèlerins arrivant de l'Inde, de la Malaisie, par des bateaux relâchant à Aden, peut être estimé à 20,000. Le fléau peut d'ailleurs se propager par terre jusqu'à la Mecque par les pèlerins de la tribu des Hawachib.

Le Conseil sanitaire international a pris les mesures utiles. Pour prévenir autant que possible la propagation du fléau par terre, le gouvernement a prescrit, sur sa demande, au gouverneur général de l'Yémen, d'établir un cordon militaire pour repousser inexorablement toutes les provenances des districts avoisinant Aden. Par mer, une quarantaine de dix jours pleins a été ordonnée dans tous les ports de l'empire pour les provenances de la mer Rouge. Dans la mer Rouge elle-même, les pèlerins ayant fait relâche à Aden auront à purger une quarantaine de dix jours à Hodeïda, qui est le port de Sana, le chef-lieu de la province de l'Yémen. Cette quarantaine sera subie en rade. S'il y a quelques malades, on les internera dans le lazaret qui existe à Hodeïda. Si les malades sont nombreux, ils seront transportés à proximité dans l'île de Kamara, située à une petite distance de la côte entre Hodeïda et le petit port de Lohaïa au nord. Cette île, où l'on voit des dattiers et dont la population est d'environ 1,500 habitants, a cet avantage, inappréciable dans ces contrées, de posséder de l'eau douce dont elle fait un commerce actif.

La quarantaine est également imposée à toutes les provenances de la côte d'Afrique à partir de la presqu'île du pays des Somalis jusqu'à Massava, au nord.

On annonce depuis une dizaine de jours l'apparition

du choléra à Alexandrie, où il a déjà fait de nombreuses victimes.

Suivant une dépêche d'Alexandrie, publiée par les journaux anglais, la Commission sanitaire internationale a reçu des communications officielles de Suez d'après lesquelles les passagers des navires soumis à la quarantaine à la suite de l'apparition du choléra à Aden, jouissent tous d'une excellente santé.

(*Gaz. hebd. de Paris*).

Nous résumons comme suit une correspondance du journal *le Temps*, en date du 23 septembre :

Le fléau paraît rester stationnaire à Aden. On a ici de bonnes raisons pour craindre que le résident anglais d'Aden soit entraîné à des appréciations trop optimistes, par son désir de ne pas arrêter le mouvement commercial d'Aden. On croit même pouvoir affirmer que le conseil international de santé s'est adressé à lord Dufferin pour qu'il use de son influence afin d'obtenir de ce résident des informations détaillées et précises. Un cordon militaire a été installé dans le sud de la province d'Yemen pour arrêter toute communication par terre avec Aden. On a aussi dirigé des troupes sur Djeddah et sur Hodeida pour assurer, au besoin par la force, l'accomplissement des quarantaines et repousser tout pèlerin qui ne tiendrait pas compte de l'interdiction d'entrée. Le conseil de santé ne s'est pas contenté de soumettre à la quarantaine les provenances d'Aden dans tous les ports de l'empire. Il a étendu cette mesure aux provenances de la côte africaine de la mer Rouge, du cap Gardafui jusqu'à Massova. Cette décision est d'autant plus utile que les communications sont constantes entre les ports de Barbera, de Zaïla et de Massova, et ceux d'Aden et de la côte d'Arabie. Le conseil international de santé d'Egypte a, d'ailleurs, pris une décision identique en frappant de quarantaine les provenances de la côte d'Arabie, et, cela, par le motif légitime que le choléra existant à Aden depuis le mois d'août, les centres de l'Arabie ont pu être contaminés.

Mais ces mesures, on ne doit pas se le dissimuler, ne sauraient conjurer le danger qui menace le bassin de la Méditerranée. Dans ces territoires immenses, la surveillance, principalement par la voie de terre, est très difficile, et on se trouve chaque jour en présence de l'éventualité redoutable de l'invasion du fléau dans les lieux de pèlerinage de l'islamisme. Dans ce cas, c'est l'Egypte qui serait directement en danger par suite de son défaut d'organisation du service des quarantaines.

On a pu constater, lorsque la peste sévissait en Mésopotamie, toutes les imperfections du service sanitaire en Egypte. Il n'y existe pas un seul lazaret sur la côte de la Méditerranée. Quant aux provenances de la mer Rouge, elles sont soumises, en cas d'épidémie, à la quarantaine à El-Thor, et aux Sources de Moïse. Mais il n'y a même pas sur ces deux points de lazarets organisés. Les passagers sont débarqués sur une plage sablonneuse, les vivres leur sont fournis par les navires qui les ont apportés, ou, à des prix très élevés, par des industriels venus d'Egypte. Le service médical est fait assez imparfaitement par des médecins égyptiens. Cette situation fâcheuse provient de ce que le gouvernement égyptien refuse de grever son budget des crédits nécessaires. Pour obvier à ces inconvénients, on a demandé aux puissances européennes une surélévation des tarifs sanitaires que les bâtiments ont à acquitter. Cette demande a été accueillie, mais la perception nouvelle ne commence que cette année, et, pour le moment, il n'y a pas de fonds disponibles. C'est d'autant plus fâcheux que c'est par l'Egypte que le bassin de la Méditerranée serait probablement contaminé.

— Le choléra a éclaté dans le royaume de Siam presque en même temps qu'à Aden. Il n'y avait pas reparu depuis 1873 ; mais, dès qu'au commencement de l'année 1881 les bambous se couvrirent démesurément de fleurs, il n'y eut pas un indigène qui ne s'attendit à la réapparition du fléau. Cette croyance est répandue dans toute l'Inde, même chez les étrangers ; mais ceux-ci ayant aussi remarqué que, lorsque les bambous se couvraient entièrement de fleurs, les fruits étaient plus abondants que de coutume, c'est à l'abus de ces fruits qu'ils attribuent les diarrhées et le choléra.

La capitale du royaume, Bankok, est une ville bâtie sur l'eau comme Venise, aussi l'appelle-t-on la Venise de l'Est. Cela suffit pour qu'il n'y soit pris aucune mesure de propreté. On croit, comme nous avons cru, nous aussi, que le flux et le reflux de la mer suffisent au nettoyage de nos ports et des canaux qui y débouchent. Trop de fleurs de bambous, trop de fruits exquis peuvent peut-être contribuer à l'éclosion des germes cholériques ; mais les charognes sans nombre, les effroyables immondices jetées dans le lit de la rivière sur laquelle Bankok repose n'y sont pas non plus étrangères.

Un steamer anglais, *la Consolation*, a quitté Bankok le 3 juillet, c'est-à-dire en pleine épidémie, avec 400 passagers à destination de Haïnan et Shanghaï. *La Consolation* avait à bord des cholériques dont deux ont été ensevelis à Ko-si-Chon, et d'autres jetés à la mer. Avis de ce départ clandestin a été donné aussitôt à Shanghaï, où une quarantaine sévère attend sans doute à son arrivée l'imprudent bateau.

A la date du 9 juillet, le chiffre des décès à Bankok était évalué à 100 par jour, mais ce chiffre n'a rien de bien authentique dans une ville où il n'est pas fait de constatation officielle des décès ni des naissances. La mort y a déjà frappé cinq Européens et, dans ce nombre, figure malheureusement M. Ernest Blancheton, consul de France à Siam. Il est mort, le 18 juillet, après dix jours de maladie ; l'attaque commença par un accès de fièvre, fut suivie d'une diarrhée qui, du 16 au 18, dégénéra en choléra. M. Blancheton est le troisième consul qui meurt dans ce poste empesté.

— On sait que le choléra a fait son apparition à la Mecque ; les plus grandes précautions sont prises pour empêcher l'invasion du fléau en Egypte. La commission sanitaire a résolu de suspendre complètement les communications entre les côtes d'Arabie et d'Egypte pour les navires portant les pèlerins. Une stricte quarantaine est établie pour les bâtiments non infectés ; les bâtiments atteints sont absolument exclus.

Du 2 au 18 septembre, il y a eu 133 cas de choléra à la Mecque ; 102 des personnes atteintes du fléau sont mortes.

La nouvelle de l'apparition du choléra à Reggio, en Calabre, est absolument dénuée de fondement.

En outre, la correspondance télégraphique apporte les nouvelles suivantes :

Alexandrie, le 27 septembre. — La commission sanitaire a reçu une dépêche officielle de Djedda annonçant que le choléra a fait son apparition parmi les pèlerins de la Mecque.

— La correspondance télégraphique accuse aussi la présence du choléra à Shanghaï, à Hongkong et autres localités chinoises.

— Suez, le 28 septembre, 9 h. 30 m. — Le choléra venant de se déclarer à la Mecque, les pèlerinages pour cette ville seront probablement interdits, comme cela s'est déjà fait en 1874 et en 1875.

— Par suite de l'apparition du choléra, il a été décidé, à Constantinople, que les provenances d'Egypte seraient soumises à une inspection médicale. Les provenances de la mer Rouge seront soumises à

la quarantaine. Les derniers avis d'Aden constatent que, du 9 août au 29 septembre, il y a eu 175 cas de choléra et 141 décès. (*Gaz. hebdom.*).

Par décision du gouverneur général de l'Algérie, le pélerinage de la Mecque sera interdit cette année aux Algériens.

Cette décision est fondée sur l'avis du Comité d'hygiène, consulté par le ministre de l'agriculture et du commerce sur les mesures à prendre en présence de l'apparition du choléra à Aden.

En prononçant cette interdiction, le gouverneur général explique, par une note qui paraîtra dans le *Mobacher*, que cette mesure, justifiée par les précédents de 1874 et de 1875, est imposée par l'intérêt de la santé publique.

La plus rigoureuse exécution des prescriptions du décret du 27 février 1876, en ce qui concerne les quarantaines, sera en outre ordonnée.

FIÈVRE JAUNE.

— On écrit de Saint-Louis (Sénégal), à la date du 8 septembre:

La fièvre jaune ne cesse pas ses ravages.

Voici la situation de l'hôpital de Saint-Louis du 24 août au 7 septembre

Entrées.............	74
Décès...............	64

On cite parmi les morts: MM. Delarue, capitaine du *Condé;* Brunetot capitaine du génie; Denizbeau et Liéaut, capitaines d'artillerie; Bertin d'Avesne, lieutenant d'infanterie de marine; Bertrand, médecin de 2e classe; Tautain, sous-lieutenant d'infanterie, Frézard, aide-commissaire de la marine; Hugues, aide-pharmacien; Ganivet, auxiliaire civil du commissariat; Gonet, conducteur des ponts et chaussées; Salvador, président du tribunal civil de Saint-Louis; Sapin, maître armurier de la marine; Mme Joulland dont le mari est capitaine d'artillerie de marine, etc.

La consternation règne dans la colonie; les magasins et les ateliers sont fermés. De plus, on annonce que les populations du Fouta et du Cayar montrent des velléités d'insurrection en présence des ravages causés par le fléau parmi la population blanche.

On annonce l'arrivée, en rade de Pauillac, des vapeurs l'*Edgard* et le *Condé*, venant du Sénégal. L'*Edgard* a perdu six hommes dans sa traversée, cinq de fièvre jaune, un de fièvre et d'hémorrhagie. Un septième décès a eu lieu au lazaret de Trompeloup le jour du débarquement du malade à l'infirmerie. Ce dernier n'était atteint que depuis trois jours à son arrivée en France. — Le *Condé*, parti également de Saint-Louis, mais quelques jours plus tard (le 22 août), a compté 12 décès de fièvre jaune pendant la traversée, décès qui se sont échelonnés jusqu'au jour de l'arrivée en Gironde, le 9 de ce mois. A l'arrivée, il existait huit malades, dont trois très gravement. Malades, convalescents et passagers des deux navires ont été débarqués au lazaret pour y subir une rigoureuse quarantaine.

La commission sanitaire de la Gironde s'est réunie le 8 septembre pour aviser aux moyens à prendre en vue de l'épidémie de fièvre qui sévit en ce moment aux Antilles et au Sénégal. On a examiné la situation des navires, actuellement en quarantaine à Pauillac et l'on s'est occupé des précautions à prendre pour leur désinfection. M. Pasteur assistait officieusement à la séance. La surveillance la plus rigoureuse sera exercée sur les navires arrivant des Antilles et du Sénégal.

Dès que la nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune à Saint-Louis a été connue à Brest, M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine en retraite, qui a, pendant très longtemps, servi au Sénégal, et qui a laissé dans cette colonie les meilleurs souvenirs, s'est empressé d'offrir ses services au ministre de la marine.

Une pareille détermination prise, dans des circonstances aussi graves, par un vieillard de 74 ans, dont la santé, très délicate, exige les plus grands ménagements, commande l'admiration de tous les hommes de cœur.

M. Chassaniol est parti, nos vœux l'accompagneront dans l'accomplissement de sa périlleuse et admirable mission.

Ce trait d'héroïsme fait le plus grand honneur au corps de médecine navale tout entier.

La fièvre jaune règne également à la Trinidad et aux Barbades.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

INHALATIONS CONTRE LA BRONCHITE CHRONIQUE. — DEVIS.

Acide phénique cristallisé	1 gr. 80 centig.
Teinture d'opium camphrée	90 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée à thé dans 240 grammes d'eau chaude.

Ce liquide est introduit dans un pulvérisateur, et absorbé sous forme d'inhalations, dans le cas de bronchite chronique avec expectoration muco-purulente excessive.

La vapeur d'eau chargée d'acide phénique, de camphre et d'opium calme promptement l'irritation des bronches, et diminue à la fois la fréquence de la toux et l'abondance de l'expectoration. — N. G.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Par décret de M. le Président de la République, *une médaille d'or de première classe* est décernée à *M. le docteur Ladmiral*, membre du *Concours*, médecin des épidémies à Corbeil. — A fait preuve à Lieusaint, juin 1881, d'un dévouement exceptionnel lors d'une épidémie de croup, et a failli succomber lui-même à la maladie.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de deux membres du *Concours :*

Le Dr *L. F. Perrineau*, décédé à Saintes, à l'âge de vingt-neuf ans.

Le Dr *Boussard*, décédé à Saint-Florentin (Yonne), à l'âge de soixante-huit ans.

Nous apprenons aussi la mort du Dr *Chavoix*, député de la Dordogne et doyen d'âge de la Chambre.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

15 Octobre 1881 — 3me Année. — No 42

SOMMAIRE

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. *Baudrimont* présente à l'Académie une note de M. Duquesnel, pharmacien à Paris, sur *l'hyoscyamine cristallisée* et fait passer sous les yeux de ses collègues un magnifique échantillon de cette substance. L'hyoscyamine ainsi obtenue par des procédés particuliers, qu'il serait trop long de reproduire ici, est sous la forme de longues aiguilles prismatiques incolores, se groupant en étoiles, puis en mamelons, autour d'un point central.

M. *Bouley* vient répondre aux objections que M. Leblanc a faites, dans la dernière séance, à l'inoculation de la péripneumonie des bêtes à cornes. M. Leblanc, dit-il, s'est inscrit contre mes conclusions sur l'efficacité de l'inoculation. Les causes de ses doutes sont des faits négatifs; c'est l'éternelle question. Un fait négatif ne saurait prouver contre un fait positif, qui est l'expression d'une vérité démontrée; si, à côté de ce fait, un autre se produit qui n'est pas en rapport avec lui, cela prouve que les conditions dans lesquelles il a été produit ne sont pas identiques à celles où le premier a été déterminé. Les faits ne peuvent pas être contradictoires. Sans méconnaître l'importance, au point de vue pratique, des faits négatifs invoqués par M. Leblanc, M. Bouley dit que, *scientifiquement*, la question de l'immunité donnée par l'inoculation caudale de la péripneumonie est jugée; il rappelle les expériences qui l'établissent; il invoque à l'appui de cette vérité, l'énergie du virus de la péripneumonie, les résultats mortels de l'inoculation ailleurs qu'à la queue, les expériences nombreuses de M. Willems, celles de M. Chauveau, celles de M. Sanderson, médecin anglais, qui a réussi à obtenir l'immunité par l'injection intra-veineuse du virus péripneumonique, etc., etc. Scientifiquement, la preuve est donc faite; il n'en est pas moins vrai que, dans la pratique, l'inoculation se montre parfois infidèle. Que faut-il en inférer? C'est que, dans ces cas, les animaux n'ont pas été inoculés en réalité, soit que le liquide inoculé ne fût pas virulent, soit qu'il renfermât des microbes antagonistes, comme M. Pasteur l'a démontré dans ses expériences sur les terres charbonneuses, soit que la densité des tissus, l'hémorrhagie consécutive, aient mis obstacle à l'absorption, soit enfin toute autre cause à déterminer.

Du moment que la preuve scientifique est faite, si, dans la pratique, les résultats sont différents, cela dépend de la différence des conditions dans lesquelles les expériences sont faites.

S'il y a des faits négatifs, il y en a de positifs en bien plus grand nombre. Des témoignages en faveur de l'efficacité de l'inoculation viennent de toutes les parties du monde. M. Bouley invoque ici la pratique usuelle en Australie, en Hollande, en Angleterre, en France même, où on a proposé de la rendre obligatoire par une loi, comme en Hollande.

M. Leblanc regrette que le Parlement ait donné une sanction légale à cette proposition de loi. Il craint les pertes que cette pratique imposerait au

Trésor. M. Bouley démontre par des statistiques que ces craintes ne sont pas fondées, et qu'au contraire l'application de cette mesure ne peut qu'être très avantageuse. M. Bouley pourrait accumuler les faits en faveur de l'efficacité de l'inoculation : il se contente de communiquer quelques documents importants qui lui ont été fournis par des vétérinaires ou des cultivateurs. L'un des arguments invoqués par M. Leblanc est que l'inoculation ne donne pas lieu à la péripneumonie ; il y a là une question générale que l'orateur ne veut pas traiter à fond. Ce qui constitue la maladie contagieuse, ce n'est pas la lésion anatomique, c'est son élément essentiel, le virus, le ferment, le microbe de la contagion. L'inoculation donne la maladie sans la lésion anatomique. Peut-être, dans la péripneumonie, la lésion est-elle le signe de la voie parcourue par l'agent de la contagion pour infecter l'organisme.

M. Leblanc prétend qne la maladie n'est pas infectieuse. M. Bouley soutient l'opinion contraire; il cherche à la démontrer par des expériences de M. Chauveau, qui a produit l'infection en faisant respirer, à travers nn tube, à nn animal sain les produits de la respiration d'un animal malade.

M. Bouley ne croit plus comme autrefois à la spontanéité des maladies contagieuses, parce qne la preuve de la génération spontanée des protoorganismes, qui donnent lieu à la contagion, est encore à faire. En effet, en dehors de la contagion elle-même, rien de sûr, rien de déterminé, rien de rigonreux. En terminant, M. Bouley dit que la loi nouvelle, qui a été l'objet des critiqnes de M. Leblanc, lui paraît appelée à rendre à l'agriculture française les plus grands services, et par l'abatage des animaux malades et par l'inoculation obligatoire de ceux qui ont cohabité avec des malades.

Quant à l'inoculation intra-veineuse de la péripneumonie, M. Bouley, d'accord en cela avec M. Leblanc, pense qu'il serait nécessaire de refaire des étndes à ce sujet en employant les procédés nouveaux.

L'honorable académicien rend ensuite compte des expériences publiques qui ont été faites tout récemment, à Chaumont, par MM. Arloin, Thomas et Cornevin. Sur vingt-cinq animaux de l'espèce bovine soumis à l'inoculation intraveineuse, treize avaient été vaccinés au mois de février, douze n'avaient point été vaccinés. Parmi les treize vaccinés, douze sont restés indifférents à l'inoculation ; un seul a eu un peu de fièvre. Parmi les non vaccinés, neuf sont morts avant le troisième jour, deux autres ont été fort malades, le douzième s'est montré réfractaire. Enquête faite sur ce dernier, il a été constaté qu'il venait d'une étable où le charbon avait régné l'année précédente.

Il semble, dit M. Bouley, que par le séjour dans un milieu charbonneux, il se fasse naturellement une sorte d'imprégnation qui assure l'immunité. L'expérience a montré, en effet, que le charbon ne fait guère de victimes que parmi les sujets jeunes, de cinq à dix-huit mois. Passé cet âge, ils deviennent plus ou moins réfractaires.

Ces faits sont, aux yeux de M. Bouley, la confirmation de la doctrine qui tend à admettre que les virus mortels sont susceptibles d'être atténués et transformés par divers procédés en virus vaccin.

Dr J. Geoffroy

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA COLIQUE HÉPATIQUE (*suite et fin*).

III. Diagnostic.

Si nos lectenrs veulent bien se souvenir de notre dernier article, ils admettront avec nous que la présence de calculs dans les voies biliaires peut influer sur la santé de manières très diverses.

L'éventualité la plus favorable est celle où des calculs, même nombreux et volumineux, mais confinés dans une vésicule peu portée à réagir sur son contenu, ne déterminent par leur présence aucun symptôme. La possibilité de cette tolérance est prouvée par les nombreuses autopsies de vieilles femmes faites par Cruveilhier et Charcot à la Salpétrière ; ces observateurs d'élite ont trouvé des vésicules absolument bondées de calculs, alors que pendant la vie aucun signe clinique n'avait pu être rapporté à l'existence de la lithiase biliaire. Hâtons-nous d'éliminer ces cas, pnisque c'est de la colique hépatique que nous nous occnpons, et que, s'il y a alors lithiase, il n'y a colique en aucune façon.

La deuxième éventualité est celle où la présence de calculs détermine un spasme douloureux des voies biliaires, accompagné d'un retentissant cortége d'accidents aigus, qui mérite vraiment le nom de colique hépatique franche, puisque l'appellation de coliques doit être attachée en pathologie générale aux contractions douloureuses des conduits muqueux à couche musculaire (Traube, G. Sée).

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, il convient de ranger ceux où les concrétions calculeuses sont le point de départ de symptômes à

évolution lente, obscure et d'un diagnostic souvent difficile. Ce sont les coliques hépatiques, *frustes ou larvées*, qui souvent précèdent de longtemps les coliques franches ou alternent avec elles.

Nous allons donc envisager d'abord, ainsi que l'évolution clinique habituelle indique de le faire, le diagnostic de l'affection calculeuse pendant cette période parfois si longue qui précède l'apparition d'un accès de colique franche, et nous prendrons pour guides dans cette analyse ardue les médecins à qui leur pratique spéciale à Vichy, confère une autorité incontestable, tels que Senac, Villemin, Durand-Fardel, Cornillon, etc.

L'examen d'un grand nombre d'observations prouve que c'est le plus souvent en face de phénomènes dyspeptiques, que le médecin se trouve à cette période; lenteur des digestions, sensation de gonflement de l'estomac après le repas, constipation opiniâtre ou diarrhée fréquente, sensibilité à la pression de l'épigastre, voilà autant de signes qui peuvent en imposer pour une affection primitive de l'estomao. Il est bien évident qu'on ne peut avoir la prétention, avec ces seuls éléments, d'annoncer le début de la lithiase. Pourtant, il n'est pas sans valeur d'avoir constaté que la palpation est pénible, surtout dans le triange épigastrique droit, que les souffrances vagues, accusées spontanément, ne reviennent pas régulièrement après chaque repas, mais à intervalles assez éloignés et irréguliers. En tous cas, si les commémoratifs relatifs aux antécédents personnels ou héréditaires permettent de relever quelques manifestations arthritiques, (arthropathies, migraines, eczéma, etc.), il faut être sur ses gardes, au point de vue de l'imminence possible de la lithiase.

Des cas bien impossibles à élucider sont ceux dans lesquels on a relevé des phénomèmes nerveux bizarres, ayant précédé de longtemps la première crise franche de coliques ; ainsi des alternatives de vertiges avec perte de connaissance, de vomissements bilieux suivis de syncope, de bourdonnements d'oreilles, d'états semi-comateux peuvent éveiller l'idée du *vertigo a stomaco læso* auquel Trousseau a consacré une magistrale clinique, du vertige lié à certaines maladies de l'oreille et connu sous le nom de *maladie de Ménière*.

Si aux signes de dyspepsie s'ajoute la présence d'une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit, au voisinage de l'épigastre, nettement arrondie, et dans laquelle on puisse, par la palpation, déterminer le bruit de collision des calculs (Villemin), on interprètera ce fait comme une distension de la vésicule. Mais quand la forme et la consistance de la tumeur sont difficilement appréciables, soit parce qu'il s'y ajoute un certain empâtement de voisinage, soit parce que la contraction des muscles abdominaux rend l'exploration malaisée, on pourrait être conduit à localiser la tumeur à l'orifice pylorique, mais on ne serait excusable d'admettre l'hypothèse du cancer de l'estomac qu'en face d'un sujet ayant dépassé la première moitié de la vie, à tendance cachectique, vomissant souvent et parfois des matières hématiques. On se trouvera bien de rechercher par la succussion de l'abdomen s'il existe de la dilatation de l'estomac, habituelle quand le cancer siége au pylore, et on se rappellera que, bien souvent, dans cette affection, l'orifice pylorique se trouve notablement abaissé, entraîné qu'il est vers les parties déclives par le poids de la néoplasie. En explorant à plusieurs jours d'intervalle la tumeur suspecte, on la trouvera très diminuée de volume ou même totalement absente, quand la distension de la vésicule n'est pas due à l'hydropisie par obstruction définitive de son conduit excréteur.

On ne se hâtera pas, en présence d'une tumeur de cette nature, de porter le diagnostic d'*abcès du foie*, si on se souvient de l'étonnement qu'éprouva J.-L. Petit « dans un cas où, appelé pour ouvrir une tumeur que l'on croyait être un abcès, il vit, après l'incision de la peau, la tumeur s'affaisser; il referma aussitôt la plaie, annonçant que le contenu de la tumeur allait être rendu par l'intestin ; peu après, le malade évacua en effet une grande quantité de bile verte. »

Nous arrivons au diagnostic si intéressant de la forme *larvée* dans laquelle la lithiase biliaire ne se révèle que par des *accès de fièvre intermittente*. L'existence de cette forme n'est pas douteuse : Frerichs (1) rapporte le fait d'un malade auquel il donna longtemps, en vain, de la quinine pour des accès de fièvre intermittente; le sujet succomba, et, à l'autopsie, on trouva dans les racines du conduit hépatique, de nombreuses concrétions, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une fève; le tissu du foie était sain. Les caractères de cette fièvre intermittente symptomatique sont encore assez variables: tantôt c'est un frisson intense, accompagné d'une élévation de la température centrale jusqu'à 41°, suivi ou non de sueurs; tantôt le frisson est le seul symptôme. Quelquefois le malade accuse en même temps, ou un peu avant, une certaine douleur dans l'hypochondre droit qui peut mettre sur la voie du diagnostic; dans d'autres cas, on voit alterner un jour le frisson, un autre la douleur. Cette fièvre tiendrait à la présence dans les voies biliaires dilatées et enflammées d'un principe septique, d'un principe pyrétogène résorbé par le malade; elle a été comparée à cette fièvre uro-septique qui suit trop souvent les opérations faites sur les voies urinaires, et même le simple passage d'un cathéter dans l'urèthre.

On peut se baser pour la différencier d'avec la fièvre intermittente légitime d'origine palustre, sur deux caractères: la diminution du taux de l'urée excrétée (Regnard) et les redoublements vespéraux; tandis que la fièvre paludéenne détermine une hyperexcrétion notable d'urée, et se montre d'ordinaire dans la première moitié du jour. D'ailleurs, la fièvre intermittente liée à la lithiase peut revêtir, comme la paludéenne, les types quotidien, tierce et quarte, avec jours intercalaires d'apyrexie. Les commémoratifs joueront, en ces cas, un rôle important. Nous posons comme règle, que chez un sujet qui n'habite pas un pays

(1) Klinik der Leberkrankheiten, T. II p. 494.

à fièvres ou qui n'en vient pas, qui n'a pas été exposé aux émanations d'un de ces marais artificiels sur lesquels insiste, avec tant de raison, le professeur Bourchardat (terres fraîchement remuées pour ouvrir des tranchées, opérer des nivellements ou construire des maisons), et qui pourtant présente des accidents fébriles intermittents, on doit en chercher l'explication du côté des appareils urinaires chez les sujets déjà avancés en âge, hépatique chez les sujets plus jeunes.

Après le diagnostic des prodromes et celui des formes larvées, examinons celui des formes *frustes*, dans lesquelles les accès ne présentent qu'un des éléments du syndrome classique : douleurs, vomissements, ictère. La plus fréquente de ces deux formes, celle qui est plus souvent méconnue peut-être, a mérité le nom de *colique hépatique pseudo-gastralgique* parce qu'elle simule, à s'y méprendre, la gastralgie idiopatique, les *crampes d'estomac*. Cette forme peut être envisagée comme une période de transition entre les prodromes proprement dits et les accès nettement caractérisés. Nous avons dit qu'elle est souvent méconnue; pourtant plusieurs caractères permettront à un observateur, mis sur ses gardes, de discerner la véritable nature de ces crises douloureuses.

Ainsi les douleurs sont très fréquentes dans la gastralgie; elles reviennent presque après tous les repas, avant ou peu après l'ingestion des aliments; elles restent habituellement limitées à la région épigastrique et hypochondriaque gauche, la pression les soulage souvent, elles augmentent graduellement d'intensité pour disparaître au bout d'un temps relativement court, quitte à reparaître à l'ocasion du repas suivant.

— Au contraire, les douleurs de la colique hépatique fruste sont plus espacées, reparaissent à des intervalles irréguliers, naissent brusquement deux heures au plus tôt après un repas, acquérant presque d'emblée leur plus haut degré d'intensité, s'irradiant en diverses directions que nous avons indiquées déjà et notamment vers l'épaule droite. Si on examine les urines émises après la crise, on les trouvera limpides chez les gastralgiques, abondantes et parfois incolores, le type des urines nerveuses; chez les lithiasiques, elles sont rouges, sédimenteuses, et après addition d'acide nitrique, présentent une coloration verte plus ou moins marquée, — alors même que les téguments et les conjonctives n'offrent pas trace de jaunisse.

En présence du seul symptôme, douleur de côté, accusé par des malades, on pourrait songer à une de ces *névralgies intercostales symptomatiques* dont nous avons fait l'histoire dans un article antérieur; nous rappelons qu'elles s'observent dans les *affections de l'estomac*, de l'*utérus*, chez les *chlorotiques*, les *hystériques*, et que, pour admettre une névralgie intercostale, il faut avoir constaté que la douleur siége dans un espace intercostal, à un ou plusieurs des points d'élection, antérieur, moyen, postérieur et apophysaire déterminés par Valleix, Armaingaud et Trousseau. Nous n'admettons pas, bien entendu, qu'on s'en laisse imposer par la douleur de côté d'un *pleurétique* ou d'un *pneumonique*, siégeant au voisinage du mamelon et s'accompagnant de fièvre; la *pleurodynie* rhumatismale apyrétique seule peut un instant être envisagée.

Quand on est appelé près d'un lithiasique en état de mal, — si on veut me permettre cette expression, — avec douleurs intolérables et vomissements, il faut encore examiner rapidement l'hypothèse d'une affection stomacale à crises douloureuses, l'*ulcère simple*, certaines formes de *cancer*. Ce sont des affections trop connues pour que nous rappelions leurs caractères différentiels qui se présentent de suite à l'esprit. Il est préférable d'éveiller l'attention de nos confrères sur certaines hypothèses auxquelles on peut n'être pas amené de suite. Eliminons d'abord une simple *indigestion*, qui est très généralement jugée par quelques vomissements, auxquels succèdent le calme et le soulagement. Il est bon de s'informer si le malade n'a pas mangé au repas précédent des champignons suspects ou certains coquillages, les premiers, toxiques par leur muscarine, les seconds par un principe encore inconnu ou mal supporté en vertu d'une certaine idiosyncrasie.

Si les douleurs sont plutôt marquées vers l'ombilic que vers l'épigastre, que le ventre soit plat ou excavé en bateau, le foie rétracté derrière les fausses côtes, qu'il y ait de la constipation, songez à la *colique de plomb*; examinez les gencives, peut-être y trouverez-vous à la sertissure des dents le liseré saturnin bleuâtre de Burton; voyez si vous n'avez pas affaire à un peintre, à un plombier ou à toute autre personne exposée par profession à l'intoxication saturnine.

Les coliques hépatiques sont, dans les cas nettement tranchés, faciles à distinguer d'avec les *coliques néphrétiques*. M. Cornillon, auteur d'une étude soigneuse à laquelle nous avons déjà emprunté, conclut qu'il n'existe pas la moindre ressemblance entre les points douloureux de ces deux affections. Les premiers seraient incomparablement moins pénibles que des seconds; en outre, les uns siégent à la base du thorax et au-dessus avec irradiations de bas en haut, tandis que les autres occupent le segment inférieur du corps (point rénal, lombaire, inguinal, testiculaire ou de la grande lèvre) et s'irradient de haut en bas. Pourtant il existe des cas douteux et la difficulté s'accroit encore de la possibilité d'une coexistence des deux lithiases chez le même sujet, ce qui n'est ni très rare ni surprenant, puisque toutes deux sont des manifestations fréquentes de la diathèse arthritique.

L'apparition de l'ictère dans un cas, la constation dans l'un et l'autre des calculs, soit dans les selles, soit dans l'urine, sont à vrai dire, le seul criterium absolument irréfragable.

Dans les formes anormales où l'acuité des douleurs s'accompagne d'un ensemble de phénomènes exceptionnels, dont nous avons déjà parlé (crampes, algidité, congestion pulmonaire), il sera légitime d'envisager la possibilité d'un étranglement interne (*choléra herniaire de Malgaigne*), et on explorera avec soin tous les orifices naturels ou anormaux dans lesquels peut s'étrangler une hernie. Les symptômes qui [illegible]ront alors éclairer

le diagnostic, sont la localisation des douleurs, le ballonnement du ventre, la constipation, la nature des vomissements.

Une hypothèse peut encore être agitée, celle d'une de ces crises gastralgiques avec vomissements qui constituent parfois une des manifestations précoces ou une des formes frustes de la terrible affection, tour-à-tour dénommée en Allemagne *tabes dorsalis* et par notre Duchenne (de Boulogne), *ataxie locomotrice progressive*.

Dans le cours d'une affection chronique du foie, telle que le cancer de cet organe, si une compression ganglionaire s'excerce sur les gros conduits biliaires excréteurs, par suite de l'obstacle au cours de la bile, on peut voir se produire des crises de véritables coliques hépatiques, qui ajoutent leurs tortures aux souffrances habituelles du malade. On comprend qu'ici le diagnostic ait moins d'importance.

Enfin, il nous revient en mémoire un cas instructif, que nous avons entendu citer par M. H. Huchard, dans une leçon clinique à l'hôpital Tenon. Il s'agissait d'une femme accouchée depuis trois jours, chez laquelle était survenu un grand frisson, suivi de douleurs très vives dans l'hypochondre droit et l'épigastre avec vomissements, faciès anxieux, etc. Un médecin appelé en toute hâte avait fait le diagnostic de péritonite, appliqué des sangsues et laissé entrevoir un pronostic très grave. Quelques heures après, M. Huchard, ayant examiné très attentivement la malade, constata que les douleurs étaient unilatérales avec des irradiations caractéristiques, que le mouvement fébrile était insignifiant, et pensa qu'il s'agissait de coliques hépatiques, d'autant plus que la malade avait éprouvé, pendant sa grossesse, quelques douleurs moins intenses, mais de même caractère. Le lendemain, la survenance de l'ictère et la disparition des douleurs vinrent confirmer ce diagnostic. Ainsi la *péritonite puerpérale* peut être ajoutée à la liste déjà si longue des affections graves qui peuvent simuler, au moins temporairement, les coliques hépatiques.

IV. *Traitement.*

Nous ne nous demanderons pas, avec certains médecins, s'il faut guérir les coliques hépatiques. C'est une manifestation assez pénible de la diathèse arthritique pour qu'on doive s'efforcer d'en délivrer les patients, dussent-ils se voir atteints ensuite d'autres accidents diathésiques. D'ailleurs à ceux qui citent des faits de manie, d'épilepsie survenant après la guérison de coliques hépatiques, ne serait-ce pas le cas de rappeler le sophisme du fameux axiome : *post hoc, ergo propter hoc?*

Le traitement comprend trois indications, combattre l'accès causé par la migration du calul, dissoudre, si faire se peut, les calculs déjà formés. empêcher qu'il ne s'en forme de nouveaux.

1° *Traitement de l'accès.* C'est évidemment à l'élément douloureux qu'il faut s'attaquer, tous les autres symptômes graves étant sous la dépendance de celui-là. Trois médicaments de premier ordre sont à notre disposition : la morphine, le chloral et le chloroforme. Mais il faut se rappeler que dans la plupart des cas, l'intolérance gastrique interdit l'administration d'aucun remède par cette voie. On commencera donc par faire une injection hypodermique d'une seringue de la solution suivante, recommandée par Dujardin-Beaumetz.

Chlorhydrate de morphine..	0 10	centigr.
Sulfate d'atropine...........	0 01	—
Eau de laurier cerise.........	20	grammes.

Cette solution est calculée pour que chaque seringue contienne un demi-centigramme de morphine et un demi-milligramme d'atropine.

Si le soulagement tarde à se montrer, on peut ordonner un lavement composé de 2 à 3 grammes de chloral dissous dans un verre de lait, et additionné d'un jaune d'œuf, — ou bien on pourra prescrire des suppositoires contenant :

Extrait de belladone.....	àà 0,02	centigr.
— d'opium.........		
Beurre de cacao..........	2	grammes.

qu'on pourra renouveler deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Enfin, comme dernière ressource, il nous reste les *inhalations de chloroforme* poussées, non pas jusqu'à la résolution musculaire, comme dans la pratique chirurgicale, mais administrées comme en obstétrique, à la dose de quelques gouttes fréquemment renouvelées ; c'est ainsi que Simpson en usait pour adoucir à sa royale cliente les souffrances de l'accouchement, et le procédé a conservé le nom de chloroforme à la reine.

Comme moyens adjuvants pendant l'accès, on doit conseiller un *bain chaud* prolongé dont la température est élevée progressivement jusqu'à 35° ; on en obtient un effet antispasmodique notable. A l'issue du bain, on peut entretenir sur l'hypochondre droit et le creux épigastrique des *cataplasmes légers très chauds*, mais dans bien des cas, toute pression sur les parties douloureuses est intolérable.

Comme boisson, le *lait glacé* convient pour modérer les vomissements. L'accès une fois passé et le patient remis de cette terrible alerte, il est temps de s'attaquer au processus lithogène lui-même.

2° *Traitement de la lithiase.* Nous nous contenterons de citer seulement ici les principaux remèdes qui ont été préconisés comme ayant la vertu de dissoudre les calculs ; car il n'est que trop certain que leur action lithotriptique est douteuse.

Le plus célèbre est le *remède de Durande* à base d'*éther* et de *térébenthine*. Trousseau le modifiait en donnant concurremment une perle d'éther pour deux capsules de térébenthine plusieurs fois par jour.

Le *chloroforme* peut être prescrit à l'intérieur (Corlieu, Bouchut, Gobley). Voici une formule d'eau chloroformique.

Chloroforme.............	2	grammes.
Alcool...................	16	—
Eau......................	300	

On a encore conseillé le *succinate de fer* (une cuillerée à café, une demi-heure après chaque repas, Buckler), le *choléate de soude* (de 10 à

15 centigrammes deux fois par jour, jusqu'à ce que la saturation de l'économie se traduise par l'irrégularité du pouls, qui devient très lent par le repos et sensiblement accéléré par les mouvements du malade, Schiff).

Nous dirons franchement que toutes ces médications ne nous paraissent pas appelées à un grand avenir.

Avec Senac nous admettons que, pour empêcher les coliques de se reproduire, les indications sont les suivantes :

1° *Supprimer le mouvement congestif du foie.* On y arrivera en respectant les autres manifestations congestives qui peuvent se montrer chez les arthritiques après les attaques de colique hépatique, en stimulant la circulation générale par l'exercice musculaire et les mouvements respiratoires actifs, la révulsion cutanée ; au besoin on peut appliquer quelques sangsues à l'anus.

2° *Régulariser l'excrétion de la bile et empêcher sa stagnation.* On soignera la dyspepsie par une hygiène alimentaire sévère, des repas régulièrement et modérément espacés, peu abondants ; on proscrira particulièrement les mets trop épicés, les vins trop généreux. Les aliments gras, sans être absolument défendus, ne devront être pris qu'avec beaucoup de modération, et on insistera sur un régime plutôt herbacé qu'animal, dont on trouvera d'ailleurs les détails longuement exposés, d'après le professeur Bouchardat, dans le n° 47 du *Concours Médical* de 1880.

A titre d'excitant général diffusif et de stimulant des fonctions digestives, M. Dujardin-Beaumetz a étudié un médicament qui jouit d'une grande vogue au Chili, le *boldo* (*pneumus boldus*). On peut le donner sous forme de teinture (1 à 2 grammes), de vin (60 grammes), ou d'essence en capsules à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour.

Les purgatifs sont d'une utilité incontestable ; toutes les six semaines on pourra recourir à un purgatif salin, le sulfate de soude par exemple, ou plutôt à un véritable cholagogue comme le podophyllin.

Le sirop de Fauconneau-Dufresne, qui contient à parties égales jalap, rhubarbe et sous-carbonate de soude, à dose de deux cuillerées à soupe le matin, purgerait sans colique, ferait rendre beaucoup de bile et quelquefois même amènerait l'expulsion des calculs.

Si on veut recourir aux sucs et extraits végétaux, nous indiquerons la formule :

Extrait de pissenlit .... 20 grammes.
— de saponaire........ } aa 10 —
— de fumeterre......... }

faites 40 bols dont on prendra un ou deux à chaque repas.

Mais le véritable et souverain traitement de la lithiase biliaire est incontestablement la *médication thermale alcaline*, représentée en première ligne par les eaux de *Vichy* à petite dose (un verre quatre fois par jour) et de *Carlsbad* (eau du Sprudel, un à six verres par jour) — en seconde ligne par Vittel, Contrexéville, Niederbronn, Capvern.

En résumé dans notre pratique habituelle, c'est Vichy qui est le grand moyen d'action.

Il importe de savoir que, sous l'influence du traitement, on voit apparaître généralement vers le huitième ou neuvième jour une crise de colique hépatique, et c'est là un excellent moyen de contrôler le diagnostic, si l'affection calculeuse était fruste ou larvée jusque là ; d'autres fois, un véritable dégorgement du foie s'opère sous forme de flux diarrhéique bilieux ; l'ictère disparaît promptement, s'il existait. Il faut être prévenu aussi que l'excitation thermale peut réveiller momentanément les névropathies qui sommeillaient.

Les contre-indications au traitement de Vichy, sont seulement un état phlegmasique accentué du foie ou des voies digestives, ou une tendance très notable à la congestion cérébrale ; d'après Willemin (1), dont l'excellent livre fait autorité, ni la grossesse, ni les cardiopathies ne sont une contre-indication. Ce praticien n'a vu échouer la médication de Vichy que dans la proportion de un sur vingt. Les circonstances qui lui ont paru en pareil cas déterminer cette résistance à la thérapeutique sont l'âge avancé des malades, l'apparition tardive des accidents, l'existence d'une double diathèse hépatique et urique héréditaire, l'hépatite et l'irritation gastro-entérique chronique, la tuberculisation pulmonaire et l'asthme. Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE CANTONALE (*suite*)

SIXIÈME LETTRE

Quelques confrères demandent que le service soit confié à chacun des médecins qui habitent la localité, *à tour de rôle*. Ce système nous paraît offrir quelques difficultés, le malade pouvant ignorer à qui il doit s'adresser et, inconvénient plus grave, il ne respecte pas la liberté du médecin et du malade. Nous dirons plus loin que, pour soulager efficacement celui qui souffre, il est indispensable de reconnaître à tous les médecins qui y consentent, le droit de visiter les malades indigents.

Une objection a encore été formulée par quelques-uns de nos confrères. Ils ne veulent pas que l'officier de santé puisse devenir médecin cantonal, et réservent le service de la médecine gratuite aux docteurs seuls. Les communes qui ne possèdent que des officiers de santé seraient donc privées de l'assistance médicale, ou, tout au moins, le service y serait rendu souvent très difficile par suite du trop grand éloignement des docteurs. L'intérêt du malade, le respect de sa liberté, la nécessité de la régularité dans le service, nous font rejeter abso-

(1) Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy. Paris 1874.

lument cette manière de voir. Nous désirons, avec beaucoup d'officiers de santé, la suppression du deuxième ordre de médecine dont la création, utile en son temps, ne saurait être aujourd'hui sérieusement défendue. Un même ordre de malades exige un même ordre de médecins, et la loi qui confère des droits différents au docteur et à l'officier de santé méconnaît entièrement les conditions dans lesquelles se pratique la médecine. Nous pourrions citer autour de nous des officiers de santé dignes par leur savoir d'être placés au rang des docteurs des plus méritants, et nous nous rappelons l'affectueux respect avec lequel nos premiers maîtres prononçaient les noms de Bataille, père du célèbre chanteur, et vantaient sa supériorité comme accoucheur à Nantes.

Pour nous, nous le déclarons franchement, le médecin, quel que soit son titre, doit pouvoir être admis au service de la médecine gratuite quand il a rempli les conditions légales qui règlent l'exercice de son art.

Nous ne saurions nier cependant que la nomination d'un officier de santé, comme médecin des pauvres, ne soit de nature à donner lieu à quelques difficultés. La loi du 19 ventôse an XI, article 29, exige que l'officier de santé ne pratique une grande opération que sous la surveillance d'un docteur, et dès lors, dans le cas où une intervention chirurgicale (hernie étranglée par exemple) est absolument nécessaire et à bref délai, le malade auquel a été imposé un officier de santé, médecin cantonal, ne recevra pas les soins auquel il a droit. Sans aucun doute un docteur voisin ne refusera pas son concours, bien qu'il n'ait droit à aucune rémunération, mais l'officier de santé souvent ne l'appellera qu'à regret. Chez les clients ordinaires le médecin qui voit la nécessité d'une opération fait demander un confrère, parce que lui-même ne veut pas la pratiquer, et cela sans que son crédit en soit diminué. L'officier de santé, au contraire, qui, médecin cantonal, aura recours à un docteur dans un cas semblable, se sentira froissé dans son légitime amour-propre, montrant, par là, que les exigences de son service outrepassent les droits que la loi lui confère. Nous ne lui reprocherions pas de tenter, en dépit de poursuites dont il se rend passible, une opération qu'il se sentirait capable de bien conduire, mais il faut reconnaître que beaucoup n'y consentiraient pas.

A ces inconvénients, il faut opposer la liberté du malade de choisir son médecin, liberté qui sauvegarde leurs intérêts. Le médecin est indépendant parce qu'il peut refuser ses soins; le malade est libre de s'adresser à celui qui lui paraît le plus digne de sa confiance, et trouve ainsi un bienfaiteur et un ami.

Nous venons de passer en revue les principales objections formulées contre l'institution d'un seul médecin cantonal chargé du service. Ce sujet n'est pas épuisé, et nous aurons à y revenir indirectement quand nous en serons à étudier le système de la liberté absolue (système Landais).

L'organisation de la médecine cantonale est incompatible avec un service régulièrement bien fait. Il est impossible que le médecin cantonal nommé dans un canton étendu et très irrégulièrement conformé puisse remplir consciencieusement les obligations de son service. Il ne lui resterait pas le plus souvent de temps à consacrer à sa clientèle habituelle, et il devrait négliger les malades qui, seuls, par le paiement régulier de ses honoraires, lui permettent de vivre, car, comme nous le verrons, la rémunération des médecins cantonaux est absolument dérisoire. Il faut faire face aux besoins de la vie, élever sa famille et lui assurer quelques ressources dans l'avenir, et dès lors on comprend, on excuse même une certaine négligence dans le service.

On ne peut exiger non plus que le médecin soit en route jour et nuit, et il le faudrait pourtant quand les pauvres sont nombreux et surtout quand une épidémie sévit dans la contrée. Aussi combien de fois n'est-il pas arrivé au médecin cantonal, mandé le soir pour un malade demeurant à huit ou dix kilomètres de sa résidence, d'interroger la personne venue pour le chercher, de lui faire raconter tout ce qu'elle pouvait savoir de l'état du malade, et de la renvoyer avec une ordonnance dont l'exécution immédiate lui permettait de remettre son voyage au lendemain, et même d'exiger qu'un nouveau messager le prévînt s'il y avait lieu plus tard qu'il se dérangeât.

Qu'un cas grave et urgent se présente, et que le médecin cantonal soit absent, il faudra recourir à un médecin non officiel qui viendra, par humanité et gratuitement, mais qui pourrait se refuser à un service pour lequel d'autres sont choisis et rémunérés.

Qu'un médecin cantonal meure ou quitte la localité où il exerce, sans être immédiatement remplacé, et les pauvres sont privés des bienfaits de la médecine cantonale, ou du moins n'ont plus à compter que sur le dévoûment de nos confrères libres de toute attache administrative. Le dévoûment leur est acquis sans doute, mais le seul fait pour eux d'être dans la nécessité d'y faire appel, condamne l'institution de la médecine cantonale exercée par un seul.

La conséquence de cet état de choses est l'obligation morale pour le médecin non officiel de prendre sa part du service des pauvres. Un médecin de l'Est, nous écrit, dans le questionnaire, qu'il fait gratuitement les corvées du médecin cantonal. Dans son canton, en effet, le médecin cantonal, vieux, riche, *sans cheval pour soigner les pauvres des vingt-cinq communes dont il est chargé*, n'a qu'à manger, dormir et toucher les mandats, pendant que ses cinq confrères courent par tous les temps faisant gratuitement son service. Je connais, ajoute-t-il, un médecin cantonal dans les Vosges qui partage avec ses confrères la légère allocation qui lui est accordée pour les dédommager des soins qu'ils donnent à ceux qui régulièrement devraient s'adresser à lui seul. N'est-ce pas un aveu honorable de l'impossibilité de remplir toutes les obligations que l'on a consenties.

Rappelons ici, que, depuis le réglement de la médecine cantonale, les médecins cantonaux doivent visiter et soigner également les enfants trouvés, abandonnés, orphelins, les vieillards et infirmes placés dans les familles au compte du département. Il leur faut aussi donner chaque se-

maine des consultations gratuites. N'est-ce pas surcharger un service déjà trop pénible? Quel homme aurait assez d'activité pour y satisfaire?

Mais on a fait plus encore, dans le but le plus louable, il faut le reconnaître. M. Chevremont, préfet de la Haute-Loire, un de ceux qui ont le plus contribué à l'institution de la médecine cantonale, écrivait au docteur Andrieux (de Brioude):

« En l'important (la médecine cantonale) dans ce département, j'ai voulu d'ailleurs la marquer d'un caractère particulier et, même *original*, je le crois. Partout où un service de médecins cantonaux a été établi jusqu'ici, il ne l'a été, à ma connaissance, qu'au profit des indigents proprement dits, de ceux qui sont inscrits à ce titre dans les listes communales; je me suis proposé, moi, d'étendre le bienfait de l'institution aux habitants qui, sans être placés dans cette catégorie, n'en sont pas moins peu aisés, et auxquels, dans ce département surtout, où les communications sont si difficiles et le nombre des hommes de l'art si restreint, les secours de la médecine sont d'un accès presque impossible. C'est dans ce but que j'ai fait aux médecins chargés du service cantonal, dans les trois cantons que j'ai désignés pour cet essai, une obligation de donner, lors de leurs visites périodiques dans les communes, des consultations aux malades *mal aisés* à un prix si modique, qu'il fût accessible à tous. Là, je le répète, est le côté original de ce que j'ai entrepris dans la Haute-Loire, ce côté ne vous aura sans doute point échappé. »

Quelle louable originalité de taxer les visites des médecins pour les gens désignés *mal aisés* par le Préfet! Mais nous allons trouver dans la lecture de l'arrêté Chevremont ample matière à critiques:

Art. 4. — Le médecin cantonal se rendra au moins *une fois par semaine à jour et heure fixes*, au chef-lieu de chacune des communes désignées ci-dessous, et y séjournera au moins pendant deux heures.

Dans les cas urgents, il pourra être appelé par le maire, en dehors de ses tournées hebdomadaires, pour le traitement d'un malade indigent inscrit à la liste dont il est parlé à l'article ci-après.

Art. 5 — Les jours de tournée hebdomadaire sont ainsi fixés:

Allègre, tous les jours et particulièrement le mercredi jour de marché;

Moulet, mardi à huit heures du matin;

Saint-Just, près Chomélix, jeudi de deux heures à quatre heures de l'après-midi;

Céaux-d'Allègre, mardi de une heure à trois heures de l'après-midi;

Vernassal, vendredi de huit heures à dix heures du matin;

Fix-Saint-Geneys, vendredi de onze heures du matin à une heure de l'après-midi;

Varennes-Saint-Honorat, vendredi de deux heures à quatre heures du soir.

Pour ce travail si méthodiquement réglé, le médecin touche un traitement de 410 fr. 55 par an, un peu moins, comme on l'a dit, que ne coûte l'avoine des deux chevaux de M. le préfet! Il est vrai que son traitement pourrait être augmenté s'il remplissait bien ses devoirs, et même, avec du zèle, du dévouement, et nous ajouterons, hélas! avec *un peu de servilité*, être doublé: 821 fr. 10. Quelle honte! Mais analysons la réponse du Dr Andrieux: nous y trouverons presque tous les arguments pour combattre la savante réglementation qu'on vient de lire.

(*A suivre*) Dr Mignen (de Montaigu).

Révision de la législation médicale

2e PARTIE. — DOUZIÈME LETTRE

MÉDECINE ET PHARMACIE

Les avantages que retirerait le corps médical de l'adoption des vœux que nous avons publiés dans notre dernière lettre sont notoires: le médecin échapperait le plus souvent à l'omnipotence actuelle du pharmacien.

On nous dira peut-être que certains de ces vœux ne tendent qu'à faire entrer dans la loi ce qu'admet généralement la jurisprudence; nous répondrons que ce résultat, fût-il le seul obtenu, ne serait pas à dédaigner, puisque la jurisprudence est chose variable selon les temps, selon les lieux et selon le caprice des juges.

D'ailleurs tout ce qui concerne les médicaments urgents, la suppression de la distinction établie au point de vue du lieu de résidence entre les médecins, qui peuvent délivrer les médicaments à leurs malades, les mesures enfin qui visent le cas où le pharmacien ne pourrait délivrer le médicament demandé, où il cumulerait les fonctions de médecin, — toutes ces réformes constituent en notre faveur un avantage marqué, et nous croyons absolument inutile d'insister.

Mais, avantages ou inconvénients pour les médecins ou les pharmaciens, ne pèseraient que bien peu en face des intérêts du public. C'est le public qui tout d'abord doit être satisfait, et nous ne doutons pas un instant que ces intérêts véritables ne guident le législateur. Il faut donc examiner au point de vue spécial du public, les réformes auxquelles nous faisons allusion.

C'est chose facile pour nous, car précisément ici l'intérêt du public se confond avec l'intérêt du médecin: leur intérêt commun n'est-il pas d'avoir des produits de premier choix? n'est-il pas de les avoir aussi rapidement que possible?

Si nous demandons pour le médecin, dans les communes où il n'y a pas d'officine, le droit de fournir les médicaments à ses clients, n'est-ce pas à l'avantage du public?

Si nous réclamons le droit de délivrer les médicaments urgents, n'est-ce pas encore le malade qui bénéficie de notre droit?

Si nous voulons soustraire le public aux observations du pharmacien *incompétent*, aux tracasseries du pharmacien *mécontent*, n'est-ce pas encore ce public qui, tout le premier, profitera de la réforme?

Et qu'on ne nous dise pas que la petite officine est indispensable au public, il est avéré que le malade paie plus cher s'il s'adresse séparément au médecin et au pharmacien que s'il reçoit du premier les remèdes nécessaires. Enfin tous nous savons que le pharmacien se plaint surtout de *n'être pas nourri* par nos ordonnances: l'hygiène,

les eaux minérales, les alcaloïdes... tout cela n'est rien pour le pharmacien, il lui faut des ordonnances bien compliquées où les infusions, les sirops extraordinaires, les mélanges abracadabrants lui permettent de hausser le prix de vente.

La théapeutique progresse, qu'est-ce que cela peut faire au pharmacien ? il faut que l'ordonnance le nourrisse.

La matière médicale se simplifie chaque jour, il méconnait le progrès et crie au scepticisme médical, — ne faut-il pas que l'ordonnance le nourrisse ?

Il existe, nous le savons, d'excellentes pharmacies tenues par des hommes aussi instruits que consciencieux, — nous serions désolés que ces pharmaciens sérieux pussent être froissés d'attaques qui, n'étant pas à leur adresse, ne peuvent les atteindre en aucune façon. — Nous ne sommes pas, au *Concours médical*, ennemis de la pharmacie ni des pharmaciens, comme on s'efforce de le faire croire ; nous sommes ennemis de la mauvaise pharmacie et *des mauvais pharmaciens*, ce qui est tout différent. Nous croyons que les maux dont souffre la pharmacie et quelques-uns de ceux qui atteignent le corps médical proviennent d'une organisation mauvaise ; nous disons qu'une législation établie il y a quatre-vingts ans, alors que la thérapeutique n'existait pas et que l'empirisme ou la superstition régnaient en maitres sur les doctrines médicales, nous disons que cette législation doit disparaitre ; — quelqu'un oserait-il nous contredire ?

Nous disons que les conditions nouvelles de la vie moderne, que les progrès plus rapides des sciences expérimentales sont incompatibles avec l'existence de la petite officine actuelle.

Nous disons qu'il est inadmissible pour le médecin de se servir des remèdes qui, fournis par un tiers, ne peuvent être contrôlés par lui.

Nous prétendons qu'il est absurde que le pharmacien qui délivre une substance n'en connaisse pas les effets et critique (souvent de bonne foi) une ordonnance qu'il ne peut comprendre.

Et nous concluons : l'accès aux professions de médecin et de pharmacien doit être ouvert par un diplôme unique ; cette garantie indique pour le titulaire du diplôme la liberté la plus absolue.

Voilà nos véritables sentiments. — Les journaux pharmaceutiques qui nous attaquent en tronquant les citations qu'ils croient devoir faire et en les argumentant de commentaires erronés, reproduiront-ils cette profession de foi ? — Nous en doutons, car elle gênerait singulièrement leur argumentation.

Quand donc les honorables pharmaciens, qui ont qualité pour parler au nom de leurs confrères, comprendront-ils que leur premier intérêt est de séparer leur cause de celles des officines que nous attaquons ? Quand donc comprendront-ils que, loin d'être leurs adversaires, nous serions leurs alliés les plus précieux pour soutenir la lutte contre la mauvaise pharmacie ?

Les mesures que nous réclamons actuellement ne doivent être que transitoires, nous l'avons déjà dit, — que ne se joignent-ils à nous pour arriver à la solution logique de la question qui nous occupe ?

La dernière réforme que nous réclamions concerne l'inspection des officines et dépôts de médicaments. A tous égards une surveillance nous paraît indispensable, nous sommes donc fermement décidés à la maintenir.

L'inspection actuelle est, de l'avis de tous, absolument dérisoire ; il faut qu'elle devienne sérieuse : pour cela il faut assurer à la commission qui en sera chargée toutes les garanties désirables de capacité ou d'indépendance, il faut rendre ses tournées suffisamment fréquentes.

Les pharmaciens mettent en avant une chambre professionnelle disciplinaire, nous repoussons cette institution qui, nous l'avons dit, ne servirait qu'à couvrir tous les abus. Nous préférons de beaucoup la commission actuelle, malgré son organisation vicieuse, à la délégation d'une *chambre des pharmaciens*.

Voici comment, à notre avis, doit être constituée la commission de surveillance : tous les intéressés y doivent être représentés. L'Etat déléguera ses mandataires, les pharmaciens désigneront les leurs, les médecins en feront autant ; le nombre des mandataires variera nécessairement avec le nombre des officines et dépôts de médicaments à inspecter, mais il sera toujours dans chaque commission respectivement égal.

Les pouvoirs des commissaires seront temporaires et pourront être renouvelés ; un *traitement convenable* leur sera assuré.

Les visites, faites par ces commissaires, seront fréquentes et les pouvoirs les plus étendus leur permettront d'examiner ou de saisir toutes les substances, tous les produits, *spécialisés ou non*, qu'elles jugeront convenable.

Les produits altérés seront détruits, les produits frelatés seront saisis, sans préjudice des poursuites ultérieures qui pourraient être intentées. La mauvaise tenue d'une officine ou d'un dépôt de médicaments doit encore faire l'objet d'une répression particulière, nous n'en connaissons guère de plus efficace que la réprimande affichée à la porte de l'officine.

L'ensemble de ces prescriptions a reçu d'ailleurs l'approbation de la réunion du 14 août dernier, puisque, à l'unanimité, elle a émis les vœux suivants :

1° Une surveillance sérieuse sera instituée sur les officines et les dépôts de médicaments.

2° Cette surveillance est confiée, dans chaque arrondissement, à une commission où figureront en nombre égal :

Des pharmaciens désignés par leurs pairs.
Des docteurs en médecine désignés par leurs pairs.
Des délégués de l'administration.

3° Un traitement convenable permettra aux membres de cette commission d'exercer la surveillance d'une manière efficace.

4° Les substances reconnues altérées seront détruites.

5° Les substances, reconnues frelatées, seront saisies et pourront déterminer des poursuites contre les auteurs des falsifications.

6° La mauvaise tenue d'une officine ou d'un dépôt

de médicaments, donnera lieu à une série de mesures répressives, depuis la réprimande simple ou affichée à la porte de l'officine jusqu'à la fermeture par voie administrative.

Ce ne sont certes pas là des articles de loi et nous reconnaissons volontiers qu'un règlement sur la matière n'est pas de notre compétence : nous nous bornons à exprimer les désirs manifestés par nos confrères et traduits dans les vœux qu'ils ont adoptés au mois d'août.

La loi sur l'exercice de la pharmacie comporte de même bien des prescriptions particulières ; nous bornons notre examen à celles qui ont trait aux rapports de la pharmacie et de la médecine. En dehors de là, nous estimons que c'est aux seuls pharmaciens qu'il appartient de formuler des vœux. D[r] A. Gassot (de Chevilly).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Arthrotomie antiseptique.

M. *Nicaise* présente, à la *Société de chirurgie*, un malade auquel il a enlevé, il y a seulement quinze jours, un volumineux corps étranger du genou. Cet homme, il y a plusieurs années, est tombé d'une vergue sur le pont d'un navire. Il a eu, à la suite de cette chute, des lésions graves du genou gauche, et, peu de temps après, il a senti un corps mobile dans le genou droit. Il n'a pas tardé, en effet, à présenter tous les signes d'un corps étranger intra-articulaire. Il y a deux ans, ce corps occupait la partie inférieure de l'articulation ; puis il était remonté à la partie supérieure. Ce malade est entré le 20 juillet dans le service de M. Nicaise, qui, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, fit une incision à la partie supérieure et externe. Il arriva ainsi, couche par couche, jusque sur la synoviale. Avant d'ouvrir celle-ci, il eut soin d'attendre que tout écoulement sanguin eût cessé. La synoviale ouverte, il put extraire le corps étranger sans difficultés. Il referma la plaie par trois points de suture. Il appliqua un pansement antiseptique. Ces points de suture furent enlevés le troisième jour. La réunion était complète. Le membre fut placé dans une gouttière. Le sixième jour, le malade commençait à faire des mouvements ; il se levait le dixième jour, complètement guéri.

L'emploi de la méthode antiseptique n'est certainement pas étranger à la rapidité de cette guérison.

Le corps étranger avait trois centimètres dans son grand axe sur 16 ou 17 millimètres. Il avait à peu près le volume d'un gros haricot de Soissons. L'origine de ce corps étranger est difficile à déterminer. Peut-être s'agit-il d'un éclat de cartilage produit par la chute faite, il y a six ans. Il n'y avait aucune altération de la synoviale, ni des os.

***

Traitement des plaques muqueuses.

Il est d'autant plus important d'agir très vite contre les plaques muqueuses que cet accident est la source la plus fréquente de contagion. Le traitement local doit donc aller de pair avec le traitement général.

Lorsque les plaques muqueuses sont situées dans une région où on peut leur appliquer un pansement, le traitement local est des plus simples et la guérison est rapide. Sans cautériser, M. *Fournier* se contente de prescrire, en même temps que des soins de propreté minutieux, des lotions pratiquées trois ou quatre fois par jour avec un liquide détersif. M. Fournier emploie ordinairement la liqueur de Labarraque étendue d'eau, 60 gram. pour 250 gram. Les parties ainsi lavées sont bien essuyées et recouvertes d'une poudre isolante et d'un tampon d'ouate. La poudre employée doit être inerte ; par exemple, l'oxyde de zinc, le calomel, le bismuth, le talc. Sous l'influence de ce traitement, les surfaces se sèchent, les papules s'atrophient sans laisser de traces, même lorsqu'il s'agit de plaques volumineuses ou végétantes que l'on aurait été tenté d'exciser. Il est inutile, dit M. Fournier, d'employer une thérapeutique plus compliquée et plus énergique.

Lorsqu'il s'agit de plaques muqueuses ulcérées, une solution de nitrate d'argent forme le meilleur mode de pansement. On commence par de faibles doses, 1 gram. de substance pour 150 gram. d'eau, puis l'on augmente peu à peu. Le tartrate ferricopotassique et l'iodoforme donnent également de bons résultats.

Quand aux syphilides de la bouche, on les modifie beaucoup par l'hygiène locale et surtout en empêchant l'usage du tabac. On peut aussi faire des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, mais avec les plus grandes précautions. M. Fournier recommande d'entourer d'ouate serrée le bout d'un porte-mèche, de le tremper dans le liquide, de l'essuyer ensuite avec une compresse, et c'est alors seulement que l'on pourra toucher le point lésé, après quoi on fera gargariser le malade. Il faut laisser un intervalle de cinq ou six jours au moins entre chaque attouchement.

Dans les cas légers, on peut employer le nitrate d'argent, qui a l'avantage d'être moins douloureux ; si la lésion est très étendue, on peut faire la cautérisation par fraction.

(*Le Médecin praticien*).

***

Affections oculaires, emploi de l'huile de cade comme antiseptique.

Dans un intéressant article du *Journal d'ophthalmologie*, le D[r] Galezowski rapporte que dans nombre de cas, surtout pour l'ophthalmie purulente, l'acide borique lui a paru un antiseptique insuffisant. Les solutions faibles d'acide phénique sont insuffisantes et les solutions fortes

trop irritantes pour l'œil. Le benzoate de soude ne lui a pas paru beaucoup plus efficace.

En revanche, il a trouvé dans l'huile de cade un antiseptique puissant et non irritant qu'il a employé d'abord dans l'ophthalmie purulente des enfants scrofuleux, si rebelle à tout traitement.

Dès que la conjonctivite commence à prendre les caractères d'une ophthalmie purulente, on suspend les cautérisations pour faire introduire entre les paupières trois ou quatre fois par jour la pommade suivante en grande quantité :

Vasseline. . . . . . 10 grammes.
Huile de cade. . . . 2 grammes.

Ce traitement amène généralement une détente très rapide; les paupières désenflent, la suppuration diminue et l'œil se trouve sauvé. Plus tôt on commence le traitement, plus rapide et plus complète sera la guérison.

Généralement ce traitement doit être employé pendant plusieurs jours consécutifs avec la plus grande persévérance, jusqu'à ce que toute suppuration ait complètement cessé et que l'ophthalmie ait repris les caractères d'une simple conjonctivite catarrhale.

Mais si la maladie a été prise à temps, dès son début, elle peut être arrêtée dans les premiers trois ou quatre jours.

En général, il faut de huit à dix jours de ce traitement pour que la maladie soit complètement arrêtée, lorsque l'infection aura été prise plus tard, et que le gonflement des paupières aura atteint des proportions considérables. Il est bien entendu que le traitement par l'huile de cade doit être associé à l'application de la glace.

Après avoir obtenu des résultats satisfaisants avec l'huile de cade dans les ophthalmies purulentes scrofuleuses, j'ai voulu étudier son action dans d'autres ophtalmies purulentes et dans les kératoiritis suppuratives consécutives aux opérations de la cataracte. Le résultat de mes recherches a été on ne peut plus satisfaisant.

Chez une malade atteint d'une ophthalmie blennorrhagique très grave qui se présenta à ma consultation avec une cornée à demi nécrosée, un chémosis phlegmoneux des plus développés et une suppuration très abondante, l'application de la pommade à l'huile de cade a arrêté la suppuration en vingt-quatre heures, le chémosis a disparu, et la nécrose cornéenne s'est arrêtée.

Dans un cas d'irido-kératite suppurative avec panophthalmie commençante qui est survenue à la suite d'une opération de la cataracte, j'ai introduit plusieurs fois par jour la pommade à l'huile de cade entre les paupières, et dès le lendemain, la suppuration, abondante jusqu'alors, s'arrêta complètement, et même une partie de la cornée était devenue plus transparente.

Il est incontestable qu'il existe, dans tous ces cas, des microbes qui pullulent et se multiplient à l'infini, en provoquant de cette façon une suppuration ; l'huile de cade les détruit, sans cautériser les tissus, contrairement à ce qui a lieu avec les solutions phéniquées concentrées, ce qui ne peut convenir aux maladies de la cornée, et de l'iris, et surtout dans les yeux qui ont subi des opérations sérieuses et délicates, telles que extraction de la cataracte, iridectomie, etc., où l'on doit à tout prix éviter de provoquer des accidents inflammatoires du côté de la plaie.

Pour nous résumer, nous croyons utile de déclarer que l'huile de cade est un antiseptique de premier ordre pour les affections oculaires, et qu'il doit être employé dans toutes les affections suppuratives des yeux comme moyen curatif, et dans les opérations oculaires comme moyen antiseptique et préventif contre les accidents inflammatoires.

(Nous appelons d'autant plus volontiers l'attention sur cet article relatif à l'huile de cade, que nous nous associons pleinement à ce qui a été dit de l'acide borique absolument insuffisant pour annihiler le pus chargé de microbes dans l'ophthalmie purulente, et sur l'insuffisance des solutions phéniquées que l'on peut employer; si l'huile de cade répond à toutes les promesses, elle sera fort précieuse). (*Journ. de méd. et de chir. prat*).

Les inconvénients de la profession.

« Juvenis adhuc sed satis tamen matura puella immani metu morbi gallici laborabatur.... Apud medicum — quem ego cognovi — sese immitens, ita fecit ut, volens nolens, miser aut felix collega sinceritatis sententiæ suæ personnale probamentum supplici puellæ non potuit non adhibere. Male tamen geminato probamento persuasæ : Vah ! quod potui feci ! jocose clamavit fessus dector. Si non tale sufficit, nil mihi nunc aliud videtur agendum nisi consultationem provocare ! »

(*Progrès médical.*)

CHRONIQUE

DÉVOUEMENT PROFESSIONNEL.

— Le docteur Talmy, médecin de première classe de la marine, vient de partir pour le Sénégal, chargé par le ministre d'une mission des plus délicates. Il s'agit de poursuivre au foyer de l'épidémie les recherches de M. Pasteur sur la fièvre jaune.

Ce travail devait se faire à Pauillac sur le *Richelieu*. Mais les malades de ce navire ayant succombé ou étant guéris pendant la traversée, le projet allait avorter, si M. Talmy n'avait accepté la tâche un peu hasardeuse d'aller continuer les expériences au Sénégal.

— Le docteur Tautin, du port de Brest, à peine de retour du Haut-Niger, où il faisait partie de la mission Galliéni, et malade encore de la fièvre paludéenne à laquelle il a failli succomber, vient de demander à partir pour Saint-Louis. Il s'est embarqué hier sur le paquebot l'*Orénoque*.

— De son côté, M. le docteur Monnard, d'Aix-les-Bains, a demandé l'autorisation de porter ses soins au Sénégal et d'aller étudier sur place la fièvre jaune. Il doit partir prochainement. Avant son départ, M. Monard est allé à Toulouse s'initier à la culture du microbe de cette fièvre, sous la direction du professeur Toussaint.

Le *Concours* salue, à l'heure du départ, ces deux vaillants soldats du progrès scientifique.

Les fléaux régnants.

—

LE CHOLÉRA

C'est avec une véritable satisfaction que je peux vous annoncer sûrement que le gouvernement démontre sa volonté de seconder de son mieux le conseil international de santé dans sa lutte contre le choléra.

Les dernières nouvelles sont mauvaises. Elles portent qu'à Aden, sur vingt-deux cas il y a eu vingt-deux décès. Quant à la Mecque, où l'une de mes lettres prévoyait son apparition, il s'y est manifesté, comme vous le savez, avec violence. Il n'est pas déraisonnable de penser qu'il y existe depuis au moins un mois, car, à cette date, sept ou huit mille pèlerins venant des Indes et ayant touché à Aden y étaient déjà arrivés. Il est clair, comme je vous l'ai fait remarquer, que le résident anglais a encouru une grave responsabilité en n'avisant pas à temps les gouvernements intéressés.

Mais l'intérêt d'actualité est dans l'action préventive de la puissance territoriale et, à ce point de vue, je le répète, le conseil international de santé se loue du concours qu'on lui donne.

Le sultan a envoyé son premier secrétaire auprès du conseil pour concerter les mesures nécessaires.

Des mesures effectives sont prises pour prévenir, autant que possible, l'invasion par terre au moyen d'un cordon sanitaire s'étendant sur le grand arc de cercle de Gaza à Bassora.

Le conseil sanitaire a aussi fait ressortir la nécessité d'arrêter le mouvement des pèlerins vers la Mecque qui, il est vrai, n'est pas à beaucoup près aussi actif que dans les premiers jours de la période du pèlerinage.

On s'est préoccupé également d'assurer un service de correspondance rapide entre l'Arabie et Constantinople, pour que le conseil sanitaire, avisé sans retard, puisse prendre telles mesures que nécessiteraient les circonstances. Il n'existe pas de service soit télégraphique, soit de bateaux à vapeur entre la côte d'Egypte et la côte arabique. Les communications n'ont lieu que par les bateaux à voiles et non pontés de la mer Rouge, connus sous la dénomination générique de sambouks, et dont quelques-uns sont assez grands pour porter de 100 à 150 passagers. En cas d'urgence, on expédie un de ces sambouks de Djeddah à Souakim, port de la côte d'Egypte, où aboutit une ligne télégraphique venant de Suez. Il y a entre ces deux ports 150,000 milles que les sambouks mettent quatre ou cinq jours à franchir lorsque le vent n'est pas favorable. C'est même de la sorte que le conseil sanitaire de Constantinople a été avisé par son agent à Djeddah de l'apparition du choléra à la Mecque. Le conseil a demandé au gouvernement d'envoyer à Djeddah un stationnaire qui, en vingt-quatre heures, pourra porter les dépêches à Souakim.

On a décidé également qu'Arif-Bey, vice-président du conseil sanitaire international, se rendrait immédiatement à la Mecque comme délégué du conseil. Le docteur Arif-Bey, qui a fait ses études à Vienne, a déjà effectué plusieurs fois ce voyage, et on a confiance dans son expérience. Il partira probablement sur un bateau spécial qui fera à Djeddah le service de stationnaire.

Avec un fléau tel que le choléra, qui procède non plus comme la peste en faisant la tache d'huile, mais par bonds souvent prodigieux, on ne peut répondre de rien. Néanmoins, les mesures qui sont prises avec énergie sont relativement rassurantes, surtout lorsqu'on considère que, en 1878-79, le choléra qui s'était déclaré à la Mecque ne franchit pas la barrière qu'on dressa à cette époque contre son invasion.

L'Egypte a, de son côté, pris des mesures dont le radicalisme ne laisse rien à désirer. Par décision du 27 septembre, le conseil sanitaire international d'Alexandrie a ordonné que, pendant la durée de l'épidémie, toute communication sera interrompue par terre et par mer entre le territoire arabique et le territoire égyptien. Il a également décidé de conseiller avec insistance aux puissances musulmanes d'arrêter tout nouveau départ de pèlerins. Il ne sera pas inutile de rappeler que ce conseil n'a fait qu'appliquer la recommandation du congrès médical qui fut tenu à Constatinople en 1866 et qui vota à l'unanimité l'interdiction absolue de communication, en cas d'épidémie cholérique, entre l'Arabie et l'Egypte.

Le conseil sanitaire international de Constantinople a aussi insisté auprès du gouvernement pour qu'il sorte de sa fatale inertie dans la question d'hygiène publique de la capitale et des ports de l'empire plus directement exposés au danger. On n'a malheureusement rien fait pour améliorer l'approvisionnement en eau et le système des égouts, pour exiger que les mulsulmans enterrent leurs morts à une certaine profondeur et hors des villes. Par suite de cette inertie, si le fléau se propage nous nous trouverons dans des conditions lamentables.

(*Correspondance du Temps*).

LA GUERRE DE TUNISIE ET L'INSUFFISANCE DU SERVICE MÉDICAL.

L'insuffisance du service de santé sanitaire qui se révèle par les demandes de médecins civils, pour une guerre qui commence à peine, est chose établie. Mais chose plus triste, c'est de voir attaquer le courage de ceux qui sont, sous ce climat meurtrier, exposés aux influences épidémiques qui atteignent nos soldats et qui n'ont rien de ce qui est nécessaire pour soigner ces malades.

Le meilleur moyen de justifier le courage de nos confrères, c'est de publier la liste des médecins militaires qui, victimes de leur devoir, ont contracté des maladies en prodiguant leurs soins à nos soldats. La divulgation de ce martyrologe de notre corps de santé permettra, en outre, d'apprécier le caractère odieux des insinuations lancées dans une circulaire de l'intendance contre les médecins militaires, représentés comme cherchant en masse à fuir le danger. Voici le motif médical de chaque congé de convalescence accordé à des officiers de santé depuis le commencement de l'expédition de Tunisie, dans les trois hôpitaux de La Calle, Bône, Philippeville. Ces congés ont été accordés à :

MM. Jehl, pour fièvre typhoïde.
Boyer, —
De Santi, —
Gouell, —
Duchesne, —
Speiser, —
Gringoire, —
Jacquemet, — *mort en arrivant à Bordeaux.*
Bruant, — n'a pu encore quitter La Calle, à cause de la gravité de la maladie.
Augé, pour dyssenterie aiguë.
Czernicki, —
Lévi, —
Coustan, rechute de diarrhée de Cochinchine.
Chassagne, hépatite et dyspepsie.
Martino, hyperhémie cérébrale, suite d'insolation.
Sarazin, affection organique du cœur (en instance de retraite).

(*Paris médical*).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

22 Octobre 1881 — 3me Année. — N° 43

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Larrey* présente à l'Académie *un nain*, âgé de 14 ans, assez curieux eu égard à la petitesse extrême de sa taille et à certaines particularités de son individu. Né de parents bien portants, il a deux frères de taille moyenne. A sa naissance, il paraissait bien proportionné : actuellement il pèse neuf kilogrammes, et mesure quatre-vingts centimètres. Son aspect général rappelle la race éteinte des *Aztèques*. Sa tête a trente-trois centimètres de circonférence ; son corps, tout-à-fait grêle, est comme atrophié par arrêt de développement ; les organes génitaux sont bien conformés ; mais ses membres sont atteints d'une atrophie qui deviendra probablement progressive. Il parait intelligent.

M. *J. Guérin* reprend la discussion soulevée à propos de la communication de M. Bouley sur *l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse*. Il fait remarquer que l'observation a montré que toutes les maladies virulentes ont la propriété de conférer l'immunité contre elles-mêmes; l'expérimentation n'a fait que confirmer, à ce point de vue, les résultats de l'observation. En substituant une maladie provoquée à une maladie spontanée, l'expérimentation n'a pas même le mérite de reproduire exactement la maladie : on est frappé de la différence qui existe entre l'évolution de la maladie spontanée et celle de la maladie provoquée. Ainsi, dans la péripneumonie contagieuse, l'évolution commence par la toux qui constitue, en quelque sorte, le symptôme caractéristique d'une *période prémonitoire* existant pour la péripneumonie comme pour le choléra : la maladie provoquée n'est qu'une des formes multiples de la maladie virulente ; c'est une *forme ébauchée*, en quelque sorte.

L'expérimentation ne produit donc, suivant M. J. Guérin, que des formes incomplètes et inexactes de la maladie virulente ; l'observation seule peut en faire connaître toutes les formes et variétés. Ainsi, premier point, infériorité de l'expérimentation comparée à l'observation comme moyen d'étudier le prophylaxie des maladies virulentes.

Mais à quel prix obtient-on l'immunité par l'inoculation ? D'abord l'expérimentation n'a pas prouvé à M. J. Guérin l'utilité ni l'efficacité de l'inoculation comme moyen préventif de la péripneumonie contagieuse ; ensuite la mortalité des animaux inoculés serait plus grande que celle des animaux atteints de la maladie spontanée. Enfin, l'inoculation sème, pour ainsi dire, la maladie, la propage et la dissémine.

Toutes les fois qu'on inocule la maladie contagieuse, on la donne à tous les sujets inoculés, et cette maladie, ainsi inoculée, acquerra, dans un certain nombre de cas, une gravité plus ou moins considérable ; la mort peut en être la conséquence. Il meurt plus d'animaux par l'inoculation que par la cohabitation des animaux sains avec les animaux malades. Même lorsque les sujets inoculés ont été guéris, ils conservent, dans leur organisme, les germes de la maladie, dont les stigmates peuvent

être reconnus dans les poumons et dans d'autres organes. Une opinion admise par les anciens vétérinaires est que la péripneumonie contagieuse peut provoquer chez les animaux atteints de cette maladie, et guéris d'ailleurs, l'explosion de la tuberculose.

Quand on compare les résultats obtenus par l'inoculation de la péripneumonie à ceux que l'on observe dans les contrées où l'inoculation n'est point pratiquée et où les animaux sont soumis à la simple expectation, on reconnaît, qu'au point de vue économique, l'avantage est pour la méthode de l'expectation contre celle de l'inoculation et de l'abatage. — Deuxième point.

Actuellement, ajoute M. Guérin, l'expérimentation est l'objet d'un véritable engouement : c'est une monomanie ; et quand on a fait une expérience, on croit avoir découvert une vérité. Et cependant que de résultats contradictoires l'expérimentation n'a-t-elle pas produits ? Dernièrement encore, avec la salive d'un enfant mort de la rage, on affirmait avoir donné naissance, sur des lapins, à une maladie qui, pour les uns, était la rage, et, pour les autres, une autre maladie spécifique et virulente. Puis est venu M. Parrot, qui a montré que l'on obtenait les mêmes résultats avec le mucus bronchique d'enfants morts de broncho-pneumonie ; enfin M. Vulpian a annoncé, à son tour, qu'il tuait des lapins par la simple inoculation de la salive normale de l'homme.

L'expérimentation n'est donc pas un moyen infaillible d'arriver à la vérité. C'est une simple méthode dont l'esprit humain se sert pour contrôler l'exactitude des faits découverts par l'observation et des idées qu'il a acquises par ce dernier moyen. Loin d'avoir le pas sur l'observation, l'expérimentation n'est que la tributaire de la première. — Troisième point.

Pour arriver à la vraie théorie des maladies virulentes, il faut, conclut M. Jules Guérin, étudier les causes de ces maladies. Toutes ces maladies sont primitivement spontanées et susceptibles de se communiquer : il est donc nécessaire d'étudier les causes et les conditions de cette spontanéité. Quand on connaîtra ces causes et ces conditions, on pourra procéder à la recherche d'une thérapeutique capable d'atténuer la puissance contagieuse des maladies virulentes : car, pour l'inoculation préventive, si elle a effectivement produit l'atténuation de la virulence, elle est accompagnée de trop d'inconvénients pour qu'i. n'y ait pas quelque chose de mieux à chercher et à trouver.

Dr J. GEOFFROY.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

DE LA BLÉPHARITE.

Ses symptômes, ses causes et son traitement.

L'inflammation *du bord libre* des paupières que nous appelons *blépharite* (bien que le sens étymologique signifie inflammation des paupières), avec la conjonctivite catarrhale et les granulations, sont les affections oculaires qu'on a le plus souvent à soigner dans les cliniques spéciales. Dans sa forme la plus bénigne, à son début même, la *blépharite* est déjà une affection sérieuse, parce que, négligée, elle deviendra parfois une difformité hideuse, une maladie souvent incurable et toujours chronique. Sans compter qu'à l'état d'hypérémie ou de premier degré d'inflammation, elle rend les yeux sensibles à la moindre irritation, et fait que tout travail quelque peu minutieux et prolongé devient très pénible sinon impossible. En raison de sa fréquence, de sa chronicité, et de sa gravité relative, il m'a paru utile d'insister sur les symptômes, les causes multiples et le traitement assez difficile de cette affection.

Il est peu de maladies dont on ait décrit autant de variétés, basées sur les causes, les lésions anatomiques, ou certains symptômes plus accusés, distinctions bonnes à jeter la confusion dans l'esprit du médecin. Cependant, je signalerai, comme ayant une grande importance au point de vue pratique, l'opinion de M. M. de Wecker et Gayat qui font des différentes formes de *blépharite* autant de variétés *d'eczéma, eczéma rubrum, squammeux, sycomateux*, etc. Prenant comme point de départ l'intensité et le siège du travail inflammatoire, je m'en tiendrai à la division classique de *blépharite simple* et *blépharite glandulo-ciliaire*.

1° *Blépharite simple*. — L'inflammation très légère reste limitée à la peau et à la muqueuse qui constituent le bord palpébral et dont les éléments anatomiques ne sont nullement modifiés. Elle débute souvent par un gonflement peu marqué, avec *rougeur* accusée principalement aux angles. Parfois, un peu d'écume blanchâtre due au mélange du liquide meïbomien sécrété en excès avec les larmes alcalines se remarque surtout au niveau du grand angle. Les malades éprouvent des picotements, des démangeaisons qui les portent à se frotter les yeux à chaque instants, (*gratelle*). L'air est-il confiné ou vicié par une poussière irritante ou la fumée de tabac ? ou bien s'agit-il de travailler à la lumière artificielle ? les symptômes redoublent d'intensité, les paupières s'alourdissent, et les yeux se remplissent de larmes.

D'autres fois, le bord palpébral se recouvre d'écailles ou de poussières épidermiques blanchâtres, en tout semblables à celles du cuir chevelu atteint

de pityriasis (blépharite ou furfuracée ou pityriasique). Ces petits corps étrangers qui se déplacent facilement, augmentent l'irritation et la démangeaison est des plus vives. Là ne se borment pas les conséquences de cette forme de blépharite : les écailles épidermiques formant corps avec les produits de sécrétion exagérée des glandes, emprisonnent les cils à leur base, obstruent les orifices des conduits excréteurs, et l'inflammation gagnant d'intensité et de proche en proche, aboutit à la variété suivante :

2° *Blépharite glandulo-ciliaire.* — Si, à la période de début, alors qu'elle est encore curable, la blépharite est abandonnée à elle-même, comme cela arrive malheureusement dans la classe nécessiteuse, l'inflammation activée par une mauvaise hygiène et par la *malpropreté*, envahira, en les altérant, le derme, les glandes, les cils et finalement le tarse lui-même : c'est la *blépharite glandulo-ciliaire* avec ses complications.

De petits boutons d'acné du volume d'une tête d'épingle existent entre les cils ou à leur base même, ou bien encore de larges pustules dont le pus, en se concrétant et en se desséchant, forme des croûtes que les cils traversent. Si, à l'aide des ongles, ou même d'une petite pince spéciale, dite pince à curette, on enlève ces croûtes, on trouve au-dessous du pus baignant de légères excoriations et des ulcères profonds en forme de cupule, saignant avec la plus grande facilité. Les *cils* altérés par suite de l'inflammation du bulbe, courts, gros et pigmentés , viennent en même temps que les croûtes, soit quand, au moment du réveil, le malade cherche à décoller ses paupières, soit quand le médecin fait lui-même le nettoyage, à la longue, les cils tombent, laissant les bords palpébraux entièrement glabres (madarosis); ou bien ils repoussent pâles, rares, mal implantés, ou déviés, le plus souvent vers la cornée qu'ils frottent et irritent.

A cette période, les bulbes pileux s'atrophient, les ulcérations profondes dues à la suppuration des follicules se comblent par une cicatrice rétractile, et le tissu cellulaire voisin infiltré de cellules lymphoïdes s'hypertrophie : C'est alors que le bord des paupières gonflé, induré, s'arrondit irrégulièrement et se renverse, déviant les points lacrymaux, incurvent les extrémités des conduits meïbomiens dont l'orifice s'oblitère en même temps que celui des glandes sébacées.

Nous arrivons aux complications presque constantes de ces affections.

Les larmes, sécrétées en abondance, ne pouvant s'écouler par les points lacrymaux déviés et enflammés irritent constamment le bord palpébral que ne lubréfie plus le liquide onctueux des glandes sébacées et meïbomiennes. L'épiderme de la peau des paupières, macéré par le contact permanent des larmes qui s'écoulent sur la joue, se détache, le derme s'excorie, puis vient la rétraction cicatricielle qui renverse le bord libre en avant : c'est *l'ectropion.*

La *conjonctivite* est une complication tellement constante que beaucoup d'auteurs décrivent la maladie dont nous nous occupons sous le nom de *blépharo-conjonctivite.* Cette muqueuse devenue rouge, tomenteuse, boursouflée, recouverte de mucosités à demi-desséchées, encadre plus ou moins hideusement les yeux : d'où l'expression vulgaire «d'œil d'anchois». Le *tarse* lui-même, participant au travail inflammatoire, surtout si des granulations existent, s'atrophie, se ratatine, s'incurve en arrière, et donne lieu à l'*entropion.* L'organe essentiel à la vision, le globe oculaire, insuffisamment à l'abri des corps étrangers extérieurs, va devenir le siége de kératites ulcéreuses rebelles, de phlyctènes, etc.

Chez l'enfant entouré de soins et de conditions hygiéniques excellentes, la blépharite guérit souvent en quelques mois, les cils tombés repoussent, mais il y a une fâcheuse tendance aux récidives que le médecin ne doit jamais perdre de vue; parfois une fièvre éruptive ramènera des poussées inflammatoires suivies de rémission ou de guérison définitive, mais ayant laissé des traces, soit un *Trichiasis,* soit un léger degré d'*Entropion.* Dans la classe pauvre, au contraire, par une coupable négligence des parents, les enfants atteints de blépharite, vivent avec leur mal au milieu des causes qui l'entretiennent, puis devenus adultes, la maladie ayant passé par les périodes que j'ai énumérées, les uns vivent de leur hideuse infirmité en excitant la pitié publique, les autres sont réduits à un travail grossier, ne réclamant qu'une vision bien imparfaite.

Des causes de la blépharite.

Les causes qui provoquent l'inflammation, à ses différents degrés, du bord libre des paupières, tiennent : 1° *à l'état général ;* 2° *au milieu ;* 3° *à l'appareil de la vision.*

1° *Etat général.* — La blépharite est surtout la maladie de l'enfance ; dans sa forme bénigne, on la rencontre dans la classe aisée à tous les âges, plus souvent chez la femme que chez l'homme. Grâce à des soins attentifs, elle guérit et devient rarement *glandulo-ciliaire,* comme dans la classe pauvre. Le tempérament strumeux ou simplement lymphatique, les sujets blonds, anémiques, mal nourris, à peau fine et délicate y sont particulièrement prédisposés.

Il est d'observation commune que les personnes dont la peau irritable devient le siége d'éruptions telles que l'acné et l'eczéma sont affectées fréquemment de blépharite : cela se conçoit aisément, le bord libre des paupières, comme certains orifices naturels, se trouve baigné par des sécrétions et donne facilement prise à l'inflammation.

Les maladies générales qui entraînent l'épuisement et modifient l'organisme profondément, telles que la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives, rougeole, variole, etc., sont aussi souvent suivies de blépharite.

2° *Milieu.* — La *malpropreté* et les conditions hygiéniques défavorables occupent une place importante parmi les différentes causes de blépharite, et si on a pu mettre en doute la présence de champignons particuliers trouvés par quelques auteurs : dans les follicules pileux malades, on ne peut nier celle de poux communs et même de poux du pubis au niveau des cils.

Les quartiers populeux, encombrés, les habitations étroites, humides, dans lesquels l'air circule difficilement et le soleil ne pénètre jamais, sont les terains de prédilection. Qui nierait l'influence, comme causes occasionnelles, de *l'encombrement* dans les salles d'asile et les chambrées, de la *viciation de l'air* par des gaz irritants, tels que l'ammoniaque et le soufre, ou par la fumée de tabac, *du froid humide de la nuit*?

3° *Appareil de la vision.* — Venant de l'appareil de la vision, l'irritation part :

1° *Des voies lacrymales.* — C'est la cause de beaucoup la plus commune; sur plus de 500 cas de blépharites, M. Galezowski en a noté 350 d'origine lacrymale. Il s'agit le plus souvent d'obstructions de ces voies. Les larmes s'écoulent par dessus les paupières que les sécrétions des glandes sont impuissantes à protéger, et la succession des symptômes aboutit à l'ectropion, suivant le mécanisme que j'ai indiqué plus haut.

Tandis que l'inflamation d'abord libre des paupières liée à l'état général, à une constition mauvaise et à des conditions hygiéniques détestables, atteint généralement les deux paupières, la blépharite d'origine *lacrymale* est toujours *unilatérale*, et M. Desmarres fils, dans ses excellentes leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, a formulé cette loi « *la blépharite monoculaire indique toujours une maladie des voies lacrymales, soit qu'elle la précède ou la suive.* »

2° *De la conjonctive.* Cette muqueuse est fréquemment le siège de granulations ou d'une inflamation chronique qui se propage au bord des paupières.

3° *Des glandes sébacées et méibomiennes.* En traitant de l'anatomie normale des paupières, j'ai dit que les glandes secrètent un liquide onctueux, qui, comme un vernis protecteur, s'étale sur le bord libre des paupières qu'il garantit du contact irritant des larmes et des poussières atmosphériques.

Admettons un défaut de sécrétion, ou bien l'obstruction des conduits excréteurs, dans le premier cas, le bord libre étant *à sec*, ainsi que les cils, l'inflammation provoquée par le contact irritant des larmes, va faire de rapides progrès ; dans le second cas, le liquide emprisonné jouera le rôle de corps étranger et donnera naissance à ces petits kystes conjonctivaux, à de la conjonctivite ou bien à ces petits granulomes qu'on appelle chalazions. Admettons, au contraire, un excès de sécrétion ; des croûtes se formeront et le liquide sébacé s'altérant sous l'influence de l'air, il y aura blépharite par irritation chimique et mécanique.

4° *Des anomalies de réfraction.* — Cette cause est loin d'être admise par certains auteurs qui ne voient là qu'une simple coïncidence. Pour *John Roosa*, au contraire, et pour beaucoup d'autres, il y a relation évidente de cause à effet entre l'amétropie et la blépharite ciliaire, comme elle est admise, par exemple, entre certaines formes de conjonctivite et des vices de réfraction. Cette manière de voir s'appuie sur des statistiques sérieusement faites.

Enfin, M. le professeur Gosselin, dans son article blépharite, du dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique (1866), admet, sans pouvoir en expliquer le mécanisme, la blépharite consécutive à la fatigue générale de l'appareil oculo-palpébral.

Il m'a paru nécessaire d'insister sur les causes de la blépharite, persuadé que leur connaissance exacte est d'une grande importance pour instituer le traitement que nous étudierons dans un prochain numéro. Dr S. Baudry, (de Lille).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'AUTONOMIE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.

Presque toutes les nations qui entretiennent de grandes armées et sont exposées à soutenir de grandes guerres, éclairées par l'expérience, ont établi un corps de santé militaire autonome et responsable de ses actes.

Le *Concours médical* a publié l'éloquent plaidoyer de M. Léon Lefort en faveur de l'autonomie du service médical des armées françaises. Toutes les illustrations de la médecine militaire avaient depuis longtemps démontré les inconvénients de son assujetissement à l'Intendance.

Et pourtant il s'est rencontré, jusqu'à ce jour, dans le sein de nos Chambres, nombre de législateurs, de pères de famille et même, il faut bien l'avouer, de médecins, qui ne se sont pas laissé toucher par la triste éloquence des faits. Nos guerres, qu'elles fussent lointaines, qu'elles fussent rapprochées de la mère-patrie, ont toujour été signalées par les mêmes désastres au point de vue de la santé des troupes en campagne.

Il y a vingt-six ans déjà, nous avons été le témoin oculaire, le spectateur attristé de tant de souffrances qu'on aurait pu atténuer; de tant de mutilations, de tant de morts, dues à l'organisation défectueuse du service médical, que nous pensions bien que nous ne reverrions jamais rien de pareil.

Mais hélas ! les guerres d'Italie, du Mexique, la guerre avec la Prusse, avaient prouvé que les terribles leçons du passé étaient non avenues.

Une fois encore, durant ces dix dernières années, on s'était persuadé, en France, qu'en accordant toutes les sommes réclamées au budget pour la réorganisation de nos armées on ne reverrait plus nos soldats succomber faute de soins. On croyait en avoir fini avec l'incurie, l'incapacité,

l'insuffisance et les désastres qu'une coûteuse, mais bonne organisation doit et peut épargner.

Si, ce dont on ne peut malheureusement guère douter, tous les faits si bien précisés par nos confrères de la *Gazette de médecine et de chirurgie* sont exacts, on doit reconnaître, encore une fois, qu'on s'est endormi dans une trompeuse sécurité. On verra que tout est encore à refaire; qu'il ne suffit pas de dépenser des millions, lorsqu'on viole les principes, et que rien ne sera fait tant que l'Intendance n'aura pas entièrement abdiqué et ne se sera pas résignée à laisser, à l'autorité qui a la science, la compétence et la *responsabilité*.

Alors, seulement, nous serons assurés de ne plus voir, comme aujourd'hui, dans une expédition coloniale, presque en France, à la portée de nos villes et de nos arsenaux, nos malades, nos blessés, manquer de nourriture, de vêtements, de soins. Nous ne comprendrons jamais que le commandement soit obligé, pour une guerre de peu d'importance, de faire appel au concours des médecins civils, afin de suppléer à l'insuffisance du personnel de santé de l'armée.

S'il faut doubler ce personnel, qu'on le double. Le pays est prêt à payer. Il ne se refusera pas à fournir ce qui est nécessaire pour que nos soldats meurent le moins possible. Mais il faudra, en outre, que cette fois-ci l'autonomie du service de santé soit enfin accordée.

Quand la loi d'organisation va revenir devant les Chambres, qui osera encore une fois se lever, pour défendre les prérogatives de l'Intendance vis-à-vis des médecins de l'armée? Ceux-ci ne doivent plus lui être subordonnés.

Nous reproduisons ci-après l'article qui a fait le tour de la presse : la plupart de nos lecteurs en connaissent des extraits ; aucun d'eux ne doit l'ignorer. La réponse qui a été faite, par les soins du ministère de la guerre, est absolument insuffisante et ne dément aucune de ses assertions. Nous adressons nos plus chaleureuses félicitations à M. le Dr Lereboullet, le signataire de cette révélation courageuse et si opportune. Dr A. Cézilly.

Le service de santé en Tunisie.

Nous avons hésité longtemps avant de rendre publics les documents qui nous ont été adressés depuis le commencement de l'expédition de Tunisie. Nous espérions toujours, en effet, qu'éclairée par les rapports de ses fonctionnaires, l'administration de la guerre prendrait d'urgence les mesures capables de remédier au mal causé jusqu'à ce jour par une imprévoyance et une incurie vraiment coupables. Et, persuadé qu'après une aussi triste campagne, on ne contesterait plus les arguments de ceux qui, prétendant décharger l'Intendance d'une tâche au-dessus de ses forces, réclament l'autonomie du corps de santé, nous attendions un document officiel qui avouât loyalement les fautes commises et en indiquât le remède. Mais voici qu'après les euphémismes des dépêches officielles, après les circulaires recommandant aux chefs de corps de faire respecter à tous la consigne du silence, une lettre signée par M. le général Farre vient affirmer qu'aucun reproche d'imprévoyance ne peut être adressé à son administration. « En présence du faible effectif des troupes en expédition, comparé aux immenses ressources sanitaires organisées par mon département pour être toujours à la hauteur des besoins d'une mobilisation générale de l'armée, il n'y avait évidemment pas lieu, dit le ministre, d'organiser des ambulances ou des établissements hospitaliers auxiliaires. » Nous n'avons pas à rechercher, en ce moment, si les offres adressées à l'administration de la guerre par la Société de secours aux blessés, ou par toute autre Société civile, pouvaient être accueillies. Pour des motifs que nous avons déjà exposés bien souvent, nous pensons que tous les services de l'armée doivent être soumis à une direction et à une discipline communes, et que les Sociétés de secours auraient pu, en Tunisie comme ailleurs, rencontrer bien des difficultés et causer bien des embarras. Mais il nous faut protester énergiquement et par un ensemble de faits précis contre des allégations qui tendent, après plusieurs mois, à égarer encore l'opinion publique et à nier des fautes qui ont coûté la vie à un grand nombre de soldats. Le temps nous paraît donc venu de dire enfin la vérité, de montrer pourquoi, pour la première fois depuis qu'il existe un *Moniteur officiel de l'armée* et un *Annuaire du corps de santé*, le ministère a tenu secrètes les mutations des médecins envoyés en Tunisie; pourquoi l'on a désavoué la circulaire adressée aux médecins civils dans le but de solliciter leur concours, alors que les aides-majors font partout défaut ; pourquoi une circulaire administrative a osé accuser de désertion ceux des médecins qui ont quitté, malades ou mourants, le corps expéditionnaire; pourquoi un médecin principal, il y a quelques mois à peine médecin en chef du quartier général du corps expéditionnaire de Tunisie, a été désigné brusquement pour une mission exceptionnelle, qu'un médecin inspecteur, membre du Conseil de santé, paraissait seul à même de diriger avec indépendance et de mener à bonne fin. Nous nous efforcerons, dans ce résumé fidèle des lettres que nous avons sous les yeux, de ne rapporter que des faits dont nous pouvons garantir la parfaite exactitude, et de n'entrer dans aucun détail étranger au sujet qui seul doit nous intéresser ici. Mais on comprendra les motifs qui nous obligent à ne citer aucun nom, et à ne désigner que par des initiales les localités d'où nous sont venus nos renseignements.

Lorsque fut décidé l'envoi en Tunisie d'un corps d'armée dont l'effectif était peu considérable, alors que nulle épidémie n'était à craindre, que les approvisionnements de toute nature pouvaient facilement être préparés, le service des subsistances et celui des ambulances régimentaires, enfin l'organisation sanitaire du corps d'armée méritaient déjà les plus vives critiques. Les citations suivantes en donnent la preuve.

« L'organisation sanitaire, nous écrit un de nos confrères, est en plein désarroi. M. Baudoin, médecin principal, est médecin en chef de l'ambulance du quartier général, mais il n'est point ou ne croit pas être médecin en chef du corps d'armée. Nos rapports, qu'il a reçus depuis l'entrée en campagne, lui signalent tout ce qui manque. Il n'y a fait aucune réponse. Il n'en a pas le droit, dit-il. Peut-être les a-t-il transmis à l'Intendance. Mais, en attendant, nous ne recevons ni fournitures, ni médicaments Les aides-majors manquent. On nous en annonce. Mais, jusqu'à ce jour, je reste seul à S... sans paillasses, sans couvertures, sans médicaments. »

Un autre de nos confrères, médecin de régiment, nous envoie le relevé journalier de ses observations. Nous y lisons ce qui suit :

« Avant même que nous eussions franchi la frontière, dès le 20 avril, à E..., en Algérie, nous manquions déjà de pain. On n'en distribuait qu'un tiers des rations de l'effectif. Les moyens de transport et d'évacuation faisaient défaut. Ce fut bien pis, cela se comprend, une fois arrivé en pays kroumir. Le 28, après un jour de combat et de marche à travers un pays des plus difficiles du monde, les hommes, depuis deux jours ne mangent que du biscuit... Le 8 mai, la misère des troupes, en marchant de S... à A..., est inénarrable. Un convoi est envoyé à R..., centre d'approvisionnements, pour y chercher des vivres. Le 12, il n'est pas revenu. Le 13, on ne fait aucune distribution de vivres. Les jours suivants on ne donne qu'un tiers de ration de pain moisi. Le 18, pas de distribution de pain depuis deux jours. le 20, un convoi apporte trois rations de biscuit et une demi-ration de pain. Pas de pain jusqu'au 22. Ce n'est qu'à partir du 25 que l'on écoute enfin les réclamations du commandement et que le ravitaillement est assuré par T... Ainsi l'Intendance a été incapable de faire vivre un corps de 12,000 hommes à 45 kilomètres tout au plus de la frontière algériene. Jamais on n'a envoyé une seule pomme de terre. Jamais de vin pour la troupe. L'eau est mauvaise; on ne songe pas à nous fournir du thé. Je n'ai, depuis le 20. ni opium, ni bismuth, ni ipéca, et je vois chaque jour des dysentériques. Aussi tous nos hommes sont-ils revenus dans un état de débilitation incroyable. »

Tels ont été les débuts de la campagne. On comprend, dès lors, qu'au bout de peu de temps les hôpitaux d'Algérie aient dû être encombrés. Il devenait donc nécessaire d'organiser sérieusement le service sanitaire des corps de troupe, de créer des ambulances de brigade, des ambulances divisionnaires, des hôpitaux sous tente ou des hôpitaux baraqués dans les environs des villes. Au lieu de songer à ces installations de première nécessité, que réclamaient journellement tous les médecins et avec eux tous les officiers, on a lancé en avant des troupes dépourvues de tout: médicaments, fournitures, médecins. Qu'on lise plutôt ce récit vraiment lamentable. Nous voulons, cette fois, citer la localité. Le fait nous a été transmis, non seulement par les médecins, mais encore par plusieurs officiers :

« Il y a eu au Kef, dès l'occupation de cette place, une garnison de 1,200 hommes, composée d'un bataillon du 122e, un du 83e, une batterie du 38e d'artillerie, un escadron du 7e chasseurs. Eh bien, cette garnison est restée sans aucune ambulance, sans aucun matériel, jusqu'à son départ vers la mi-juillet (c'est-à-dire pendant *trois mois*). Les malades augmentaient chaque jour; les secours n'arrivaient pas. La détresse était telle, que les officiers ont ouvert une souscription entre eux pour acheter des médicaments, des vivres, des objets de literie pour les malades. C'est à Souk-Arrhas qu'ils envoyaient chercher les objets et les vivres dont leurs malades avaient besoin. Il y avait déjà, au moment où cette souscription a été ouverte, trois morts et dix-sept fiévreux. Plus tard on a offert à ces officiers de leur rembourser ce qu'ils avaient donné. Ils ont refusé. Leur indignation était à son comble. Ce fait ne dépasse-t-il pas en odieux tout ce que vous avez pu voir ? »

Tandis qu'au Kef on laissait mourir, sans songer à eux, les malades atteints de fièvre typhoïde ou de fièvre intermittente, non loin de là des faits plus graves encore ne sollicitaient pas l'attention de l'Intendance. Malgré les réclammations incessantes des médecins, on oubliait les blessés et les malades que la colonne Logerot avait laissés derrière elle. Il nous faut encore citer textuellement :

« Quand la colonne Logerot s'est mise en marche sur le Kef, on s'attendait à une résistance sérieuse; aussi avait-on amassé à S... des approvisionnements considérables, et une ambulance y avait été installée comme base d'évacuation. Le Kef, pris sans coup férir, le général Logerot descend dans la Medjerdah et occupe le chemin de fer, grâce à une marche très rapide à travers les montagnes. Sa base d'opération se trouve ainsi déplacée. G..., tête de ligne du chemin de fer, devient son point de contact avec la frontière, par conséquent, son centre de ravitaillement et d'évacuation. Or, rien à G... ni vivres, ni munition, ni ambulance. Nous partons à la hâte de S... pour G... En y arrivant, on nous dit que le général Logerot reçoit ses approvisionnements de Tunis et que l'*on trouve inutile* dès lors d'approvisionner G... Mais là se trouvaient tous les malades de la colonne Logerot. On ne voit rien de mieux que d'y abandonner, avec un médecin, ces quarante-six malades ou blessés. Mais on ne leur laisse que quelques grammes de médicaments et trois jours de vivres. Or, pendant dix jours, il a fallu attendre ainsi, les malades à la diète absolue, couchant par terre, sur une couverture; la thérapeutique se bornant à du *coco*, car le seul médecin resté à cette ambulance ne possédait comme médicament qu'un paquet de glycine et une solution de morphine. Il y avait trois blessés atteints de plhegmons graves, et, pour les panser, il fallait ramasser de la mauve, avec laquelle on confectionnait, tant bien que mal, des cataplasmes. »

On comprend aisément qu'un semblable régime devait singulièrement débiliter les malades et aggraver les causes de maladie créées par le sol, la température, les fatigues.

Aussi, dès le mois d'août, les fièvres d'Afrique, la dysenterie, et même la fièvre typhoïde, commençaient-elles à sévir. Pour comble de malheur, les ordres de départ étaient donnés si brusquement aux bataillons envoyés de France, leur embarquement se faisait avec une telle rapidité, que l'on ne songea même pas à se demander si tel ou tel régiment ne pourrait importer en Algérie des maladies nées en France et créer, dans les divers casernements déjà encombrés, des foyers d'infection difficiles à éteindre. Or, c'est là précisément ce qui arriva. La fièvre typhoïde régnait à Perpignan, et le 142e régiment d'infanterie en était atteint. Un bataillon de ce régiment est envoyé en Algérie. Il arrive à Bône et y importe la fièvre typhoïde. Le 27e bataillon de chasseurs à pied gagne à son tour la maladie. Celle-ci s'étend peu à peu. Rapidement elle prend une extension redoutable. Comment d'ailleurs en pourrait-il être autrement, alors que les hôpitaux étaient encombrés, que les hôpitaux temporaires n'étaient pas installés, et que, à la date du 10 septembre, on pouvait encore nous écrire ce qui suit :

« Nous sommes ici dans des conditions aussi fâcheuses que possible au point de vue sanitaire. Il est absolument inhumain (nous adoucissons l'expression de la lettre) de traiter, de nourrir et d'installer les malades comme nous sommes obligés de le faire. Quelques matelas et quelques lits *viennent d'arriver*. Nous y mettons les plus malades. Les autres sont couchés sur des brancards ou par terre, entre deux couvertures. Tous sont sans draps, tout habillés, couchés les uns à côté des autres. J'ai deux bassins pour 80 typhiques, presque pas de médicaments. *Et voilà trois mois*

que A... est installé. Sur 2,500 hommes, 500 ont passé par l'ambulance, 300 sont en convalescence, 85 sont morts, 80 sont encore atteints de la fièvre typhoïde plus ou moins grave. Voilà l'état sanitaire de... Et c'est partout la même chose. »

Il y a quelques jours à peine, le 20 septembre, nous recevions, d'un autre de nos confrères, une lettre à peu près semblable :

« J'ai 125 hommes à mon ambulance; presque tous sont atteints de fièvre typhoïde, et malheureusement elles sont graves, car j'ai déjà perdu 29 malades. Il en est de même partout. Partout aussi les médicaments, les fournitures et surtout le linge nous manquent. Il ne peut être question de coucher nos pauvres typhoïdiques dans des lits. Encore si l'on avait un nombre suffisant de brancards; si nous avions des draps et des couvertures propres! Mais non, il faut laisser des malades tout habillés, sans drap, couchés entre deux couvertures. Il faut renoncer à les laver, à les désinfecter. Et l'on est en campagne depuis six mois! »

On le voit, ce n'est pas seulement au début de la campagne, c'est après plus de six mois que le même état de choses persiste. Et ces faits se passent en Algérie, dans une contrée où les précautions hygiéniques peuvent diminuer des deux tiers la mortalité d'une armée en campagne, dans un pays que connaissent tous les médecins de l'armée, où, par conséquent il aurait été facile d'assurer, en peu de jours, un service sanitaire convenable! Mais, dira-t-on peut-être, le désarroi administratif est la conséquence des opérations militaires. La marche des troupes a été si rapide que les ambulances n'ont pu suivre. Les approvisionnements ont été suffisants; seule la répartition des subsistances et des médicaments a laissé parfois à désirer. Nous n'aurions pas de peine à montrer que le sort d'une armée en campagne et l'avenir des opérations militaires dépendent précisément d'une bonne organisation administrative, d'une bonne répartition des subsistances et des médicaments, et que partout, en Crimée, en Chine, au Mexique, comme en Algérie, les maladies ont été bien plus redoutables que le feu de l'ennemi. Mais il ne faut pas laisser sans réponse une objection quelconque, fût-elle aussi facile à réfuter. Nous affirmons donc que les hôpitaux fixes de l'Algérie ont été très rapidement encombrés et que, dans les villes où le service sanitaire aurait dû être organisé de la manière la plus sérieuse, la même incurie administrative a laissé mourir, faute de soins, les malheureux qu'on y avait évacués. Voici ce qu'on nous écrit de l'un des hôpitaux de la division d'Oran :

« Notre situation est déplorable. L'hôpital est encombré. On a, il est vrai, pour isoler les typhoïdes, élevé 63 tentes sur une hauteur, à quelque distance de la ville. Mais le personnel des infirmiers est insuffisant. Il en résulte que les médicaments et les aliments ne sont distribués qu'à midi. Les hommes refusent d'avaler des potions préparées depuis plusieurs heures, et dans lesquelles nagent les mouches. Tout manque. Les fournitures ne peuvent être lavées en raison du manque d'eau. Elles ne peuvent être remplacées, et nous voyons des hommes, fatigués ou atteints de courbatures fébriles, coucher sur des couvertures où sont morts des typhoïdiques, y gagner la fièvre typhoïde et mourir à leur tour. Bien plus, à F... et à R..., où il y a 1,800 à 2,000 hommes, on n'a pas de couvertures. »

D'un autre hôpital on nous écrit :

« J'ai reçu en trois mois 1,200 malades. J'en ai perdu 80, dont 78 par fièvre typhoïde. Comme tous mes camarades, j'ai reçu l'ordre formel d'évacuer sur les hôpitaux d'Algérie tous les malades qui n'étaient pas mourants. Combien en est-il qui survivront à ces voyages imposés en pleine évolution typhoïdique? »

Ce passage, au sujet duquel nous avons dû réclamer quelques explications, nous révèle le fait le plus grave peut-être de cette triste campagne. On nous affirme que, pour éviter l'émotion qu'aurait fait naître l'évacuation en France des malades du corps expéditionnaire, le ministre de la guerre a interdit, de la manière la plus formelle, le rapatriement des hommes atteints de fièvre typhoïde. S'il a prescrit de refuser aux médecins les congés de convalescence dont ils avaient besoin, c'est, nous dit-on, parce que plusieurs d'entre eux étaient atteints de cette maladie gagnée dans les milieux insalubres où ils avaient vécu. On a dû, pour obéir à ces ordres, évacuer les malheureux typhoïdiques sur les hôpitaux de Bône, Philippeville, La Calle, Bougie, Constantine, etc., etc. Or, nous l'avons dit et prouvé par les lettres que nous avons reçues, les moyens de transport faisaient défaut. Dès lors, on a vu ce fait, incroyable s'il n'était affirmé par tous les médecins d'Algérie : des malades, atteints de fièvre typhoïde et arrivés au dixième, au douzième jour de la maladie, ont été expédiés à dos de mulet d'un hôpital à l'autre. Privés de litières, de cacolets, de couvertures, les médecins refusaient parfois de signer le billet de sortie de ces malheureux, qu'ils savaient condamnés à une mort certaine. Nous en connaissons un qui protesta ainsi pendant trois jours. Il reçut l'ordre formel de laisser partir ses malades, et ceux-ci, placés à califourchon sur le dos de mulets, puis transportés en chemin de fer jusqu'aux hôpitaux pour lesquels ils avaient été administrativement désignés, y arrivèrent mourants. Nous croyons même savoir, mais nous ne pouvons l'affirmer, n'ayant pas à ce sujet de documents *écrits*, que plusieurs sont morts en route. Ainsi donc on défend de soustraire au climat torride de l'Algérie des malades épuisés par la fatigue et par la fièvre; on encombre volontairement des hôpitaux dépourvus de fournitures et de médicaments; on laisse sous des tentes de toile, où la température s'est élevée à +59 degrés (chiffre observé par un médecin militaire), des hommes atteints de fièvre typhoïde, et l'on s'étonne des réclamations que font entendre contre l'Intendance et contre l'administration de la guerre tous les officiers et les médecins!

Aujourd'hui que, malgré les circulaires ministérielles qui prescrivaient la conspiration du silence, le jour commence à se faire sur les évènements d'Algérie, l'Administration s'efforce de couvrir ses agents et d'ordonner les mesures qu'elle avait condamnées pendant six mois. C'est ainsi que l'on vient d'annoncer la formation, à Porquerolles, d'un camp sanitaire; et que, sous peu de jours, on en créera d'autres peut-être aux îles d'Hyères ou ailleurs. Sans doute, ces nouveaux ordres sont dus aux nombreux rapports adressés au commandement ou à l'administration par les médecins du corps expéditionnaire. Tous ils ont reconnu que les fièvres typhoïdes qui sévissent si cruellement sur l'armée d'Afrique présentaient des caractères peu ordinaires, due à l'influence du climat, de la température et surtout des conditions anormales créées par un système d'évacuations aussi inusité que dangereux. Les malades mouraient subitement de syncope au quinzième ou au dix-huitième jour de la maladie, et l'autopsie, quand elle put être faite, montrait bien cependant qu'ils succombaient à la fièvre typhoïde. Tous les médecins, frappés de ces accidents, émus de la grande proportion des décès typhoïdiques, ont ré-

clamé, depuis trois mois, l'organisation des bateaux sanitaires et l'évacuation en France de malades que tue le climat algérien. Aujourd'hui que, malgré ses dénégations publiques, l'Administration de la guerre ne peut plus dissimuler l'encombrement des hôpitaux et des ambulances, de nouvelles dispositions sont prises. On aménage, comme ils auraient dû l'être il y a six mois, les ambulances et les hôpitaux. On renvoie en France les convalescents; on évacue à Porquerolles les malades. Bientôt donc l'état sanitaire va devenir meilleur, et le médecin principal envoyé en Tunisie « pour visiter tous les postes occupés par nos soldats et faire connaître, sans délai et par la voie télégraphique, toutes les modifications et améliorations utiles à la santé de l'armée, » n'aura plus que peu de choses à faire pour assurer enfin au corps expéditionnaire d'Algérie une organisation sanitaire à peu près convenable. Mais nous aimons à espérer que M. le docteur Baudoin, bien qu'il ait dû accepter de suivre pas à pas son chef administratif, M. Mony, ne se contentera pas de « prescrire lui-même, avec l'assentiment du général Logerot, les mesures qu'il jugerait avoir un caractère d'urgence. » Comme médecin en chef de l'ambulance du quartier général, il a reçu, pendant l'expédition de Tunisie, un grand nombre de rapports, dont nous connaissons la teneur. Il a pu voir lui-même, et de très près, les vices d'organisation que nous avons signalés d'après nos correspondances. Il connaît les graves accusations que l'Administration centrale a lancées contre ses confrères. Il n'ignore pas pour quels motifs les mutations des médecins ont été tenues secrètes. M. Baudoin aura donc le courage de refuser à ceux qui comptent sur lui et qui ont provoqué sa délégation le bill d'indemnité qu'ils sollicitent. Il saura leur montrer que, s'ils ont craint le départ pour la Tunisie d'un médecin-inspecteur qui eût été autorisé à décliner les ordres et le patronage de l'Intendant du corps d'armée, ils se sont mépris en supposant qu'un médecin principal d'armée pourrait taire la vérité. Un homme de cœur s'honore en sacrifiant ses intérêts personnels aux devoirs qu'il a contractés envers le corps auquel il appartient. Nous sommes donc persuadé que, prenant à la lettre les instructions qu'il a reçues et les pleins pouvoirs qu'on affirme lui avoir confiés, M. le médecin principal Baudoin aura le courage de dire, comme l'ont dit autrefois Baudens et Michel Lévy, que des fautes irréparables ont été commises jusqu'à ce jour, et que la responsabilité de ces fautes incombe à l'Administration centrale du ministère de la guerre.

— Au moment de mettre sous presse, nous trouvons dans le *Journal officiel* de ce jour un document sur lequel nous aurons à revenir. Nous nous bornerons aujourd'hui à faire remarquer que les chiffres de morbidité et de mortalité cités ne correspondent qu'à une période de quinze jours, ce qui est peu, et qu'ils montrent, ce que nous annonçons nous-mêmes, que l'état sanitaire s'améliore. Ce qui nous surprend, c'est qu'on n'ait pas cru devoir publier le chiffre officiel des malades atteints de fièvre typhoïde et celui des décès constatés pendant les mois de juillet et d'août, les situations concernant ces deux mois ne seraient-elles pas parvenues au ministère? ou bien le ministre n'aurait-il pas eu quelque intérêt à les tenir secrètes? Quant à l'exposé des ressources mises à la disposition du corps expéditionnaire, nous l'analyserons de plus près dans quelques jours; mais nous ferons remarquer, dès aujourd'hui, que l'absence de dates précises donne à ce long factum bien peu d'autorité.

L. Lereboullet.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES.

Section de médecine.

Du rôle de la syphilis comme cause d'ataxie locomotrice. — M. *Erb* (de Leipsig), a trouvé des traces évidentes d'infection dans quatre-vingt-huit cas, mais il n'y en avait que vingt-neuf pour cent dans lesquels on eût constaté les accidents secondaires; néanmoins il pense que la syphilis est une des causes les plus puissantes de l'ataxie. Il s'appuie en outre sur les statistiques antérieures de Gowers et de Fournier, qui ont adopté la même opinion.

M. *Althaus* dit qu'il a trouvé des antécédents syphilitiques primaires dans quatre-vingt-dix pour cent de ses cas d'ataxie.

M. *Gairdner* fait remarquer qu'il est très difficile d'arriver à obtenir des renseignements certains sur la syphilis antérieure, surtout lorsqu'il n'y a pas eu d'accidents secondaires, et il ne peut accepter l'opinion de MM. Erb et Althaus, sur l'étiologie de l'ataxie si elle n'est basée que sur cette donnée. Il ne peut, en effet, tenir compte d'un fait comme le suivant cité par les précédents orateurs : une petite fille de neuf ans est atteinte d'ataxie; on recherche les antécédents de la syphilis, et l'on trouve que le grand-père maternel de la malade a été infecté!

M. *Lancereaux* ne partage pas non plus la manière de voir de M. Erb sur l'origine syphilitique du *tabes dorsalis*. La statistique qu'il invoque vient quelquefois, il est vrai, mettre le clinicien sur la voie d'une relation étiologique, mais elle ne peut à elle seule, dans l'espèce, établir cette relation, car si l'ataxie locomotrice est liée à la syphilis, elle doit l'être dans tous les cas et non pas seulement quatre-vingt-dix fois pour cent, à moins de montrer, ce que n'a pas fait l'honorable orateur, qu'il y a plusieurs sortes d'ataxie. Un déterminisme de ce genre, pour être précis, doit reposer avant tout sur les caractères anatomiques et symptomatiques, comme aussi sur l'évolution de l'affection en question.

Or, en nous appuyant sur ces caractères, nous arrivons forcément à nier l'existence de toute relation causale entre la syphilis et l'ataxie locomotrice. Effectivement les lésions syphilitiques des organes : foie, poumons, cœur, cerveau, moelle épinière, sont isolées ou disséminées et toujours circonscrites, tandis que la lésion du *tabes dorsalis* est continue, étendue et systématisée. Les premières ont pour point de départ le système lymphatico-sanguin de n'importe quelle région, qui finit par étouffer les éléments nerveux; la seconde, au contraire, commence par les racines nerveuses et s'étend ensuite aux cordons postérieurs qu'elle envahit d'une façon exclusive. Celle-ci s'arrête peu dans son évolution et ne laisse pas de cicatrices à la surface de l'organe affecté, celles-là cessent toujours de s'accroître au bout d'un certain temps et déterminent une perte de substance qui se traduit par une dépression ou par une cicatrice.

En somme, différence complète entre les lésions de la syphilis et celles de l'ataxie locomotrice, différence dans les symptômes, différence dans l'évolution, et, par conséquence, absence de toute relation.

Cependant on peut reconnaître avec le docteur Erb que le *tabes dorsalis* est commun chez les syphilitiques, mais si on tient compte de ce fait que les ataxiques sont la plupart du temps des libertins, et que l'ataxie loco-

motrice est souvent engendrée par les excès vénériens, il devient facile d'expliquer la grande fréquence du *tabes dorsalis* chez l'homme et surtout chez les syphilitiques.

M. *Banks* (de Dublin) dit qu'il y a une relation positive évidente entre la syphilis et l'ataxie; M. *Jambaco* ne pense pas, comme M. Lancereaux, que les manifestations syphilitiques du système nerveux se traduisent toujours par des lésions appréciables.

Cette question étiologique n'est donc pas encore résolue.

MM. *Ball* et *Thibierge* ont attiré l'attention sur une complication de l'ataxie, le mal perforant du pied, qui se rattache aux lésions de nutrition de cette maladie, et peut guérir malgré les progrès incessants du *tabes dorsalis*.

(*Union médicale*).

Origine et traitement des manifestations scrofuleuses du cou. — M. T. Clifford Albutt, croit devoir insister sur l'origine locale et le développement également local dans la plupart des cas des manifestations scrofuleuses du cou. Le côté pratique réside dans l'importance capitale attribuée au traitement local.

Tout en accordant une importance méritée à l'influence incontestable de l'hérédité sur les manifestations scrofuleuses, cependant il est également incontestable que de semblables états peuvent s'établir et même s'établissent souvent chez de jeunes personnes, sous la seule influence de causes locales.

De plus, les causes locales jouent un grand rôle, peut-être le principale rôle, dans la manifestation de cette maladie chez les personnes héréditairement strumeuses. En examinant soigneusement l'étiologie, on reconnaîtra que la scrofule acquise est au moins aussi commune que la scrofule héréditaire.

Parmi les causes locales, la plus fréquente est l'irritation du voisinage des membranes muqueuses, telles que les irritations des muqueuses du pharynx et de la trompe d'Eustache, qui sont les antécédents les plus communs et dont la nature contagieuse se manifeste le plus souvent. C'est ainsi que les hypertrophies glandulaires deviennent buboniques, et secondairement, par leur dégénérescence caséeuse, sont des foyers de propagation du mal.

La connaissance approfondie de ces faits conduira à la prophylaxie, et peut-être pourrait-elle conduire à la prophylaxie complète de la scrofule proprement dite. Le traitement en est reconnu comme fastidieux et sans chance de succès, parce qu'il est trop exclusivement dirigé contre l'origine supposée constitutionnelle.

Après une recherche aussi minutieuse que possible des influences morbides qui agissent sur les membranes muqueuses, on devra recourir aux moyens chirurgicaux pour obtenir une cure rapide et complète, sans que le malade soit défiguré. Il est essentiel de faire une large incision et d'énucléer les dépôts caséeux. La masse ramollie située sous la mâchoire est habituellement un abcès sous-cutané à parois plus ou moins épaisses, qui résulte de l'infection produite par des glandes caséeuses situées plus profondément, qui communiquent avec cet abcès par des trajets sinueux, souvent très difficiles à trouver. La guérison dépend de l'incision et de l'évacuation des foyers profonds.

COURRIER

Observation de méningite tuberculeuse suivie de guérison, par le docteur Foucaut à Homme

Paul Richer, demeurant à Lambersart près Lille, âgé de deux ans et demi. Aucun antécédent tuberculeux, soit chez le malade, soit chez les parents; le père est d'une constitution robuste et la mère très forte; tous les enfants sont vivants.

Notre petit malade a été atteint d'entérite en décembre 1880; depuis lors on a trouvé dans les selles à différentes reprises quelques lombrics et quelques oxyures, un particulièrement huit jours avant le début de la maladie.

En avril 1881, environ cinq semaines avant le début de la maladie, la mère, femme très-intelligente et étudiant son enfant, avait remarqué un changement dans le caractère; il était sombre, criant une heure entière sans motif, ayant des nuits agitées avec cris aigus; diminution notable de l'appétit.

Les premières manifestations de la maladie se sont montrées le 28 mai; un accès de fièvre s'était déclaré pendant la nuit et des vomissements fréquents étaient survenus dans la journée du 29 persistant jusqu'au soir. Prescription : calomel 0,60.

30 mai. — Santonine 0,15, sommeil assez calme, peu de fièvre, pas de vomissements; selles assez régulières au moyen de lavements.

31 mai. — L'enfant se plaint d'une douleur retro-sternale, l'auscultation ne révèle que quelques râles sous-crépitants peu nombreux; strabisme; alternative de rougeur et de pâleur survenant très fréquemment; mâchonnement, grincement de dents; l'examen de la gorge montre une légère rougeur du voile du palais et des piliers avec un léger gonflement des amygdales, pouls encore régulier, petit, faible, 120.

1er juin. — Santonine 0,15, journée assez calme, pendant ces quelques jours l'enfant était bien le matin, de sept heures à dix heures environ avec toute l'apparence de la santé; gai, causant bien, mais cependant avec une anorexie complète ; sous l'influence du calomel et de la santonine il avait expulsé trois lombrics, pas d'oxyure.

2 juin. — Voyant l'état de l'enfant s'aggraver, je demandai une consultation avec M. le docteur Hallez, professeur à la Faculté de Lille, qui, comme moi, porte le diagnostic : méningite tuberculeuse au début, avec le pronostic habituel à cette maladie. La nuit avait été très agitée, la fièvre continuelle; des taches méningitiques se développent sur le ventre qui n'est cependant pas déprimé ; les pupilles sont également dilatées, sensibles à l'action de la lumière. Le strabisme, les alternatives de rougeur et de pâleur, le mâchonnement, tous

les symptômes habituels persistaient; prescription : bromure de potassium 2 gr. pour 100 gr. de julep gommeux, quelques cuillerées à café par jour, 0,40 de calomel tous les deux jours.

3 juin. — Nuit très agitée avec cris encéphaliques jusque vers deux heures de la nuit; calme jusqu'au jour, sangsue à l'apophyse mastoïde, pouls régulier 146.

4 juin. — Accès de fièvre violent dans la matinée, agitation très grande pendant la nuit; pouls à 160.

5 juin. — Nuit très mauvaise; dépression complète, perte de connaissance pendant cinq heures, respiration très faible, suspirieuse, intermittente, irrégulière, pouls faible intermittent 150 pulsations, l'enfant est excessivement faible, se plaint d'une douleur à la partie postérieure de la tête, les joues et les lèvres ont une coloration violette.

6 juin. — Tous les symptômes continuent en s'aggravant; l'agitation de la nuit a été plus violente, les cris plus aigus; mouvements désordonnés, délire; pouls 142.

7 juin. — Assoupissements de quelques minutes interrompus par des cris et de l'agitation; prescription : bromure de potassium, calomel, sirop diacode; pouls à 108.

8 juin. — Journée la plus agitée, cris et agitation sans interruption, n'ayant pu se calmer que vers le soir par une cuillerée à café de sirop diacode.

9 juin. — Assoupissement, pouls à 92, tous les symptômes précédents continuent.

10 juin. — A partir de ce jour et assez rapidement, tous les symptômes de la méningite ont disparu. Le pouls est remonté à son état normal et aujourd'hui, 21 août, l'état de l'enfant est aussi bon que possible, jouant, ayant, un excellent appétit et ne conservant aucune trace, au physique comme au moral, de la terrible maladie qui l'avait frappé.

Réflexions : Il n'est pas à douter que nous ayons eu ici un cas de méningite tuberculeuse : deux symptômes seuls ont manqué; le ventre déprimé et la constipation, tous les autres symptômes de la méningite se sont montrés. Seule la rougeur de la gorge pourrait faire penser à la pseudo-méningite de Bouchut. Mais ce qui doit éloigner cette idée, c'est que près de cinq semaines avant l'invasion de la maladie, le caractère de l'enfant s'était modifié; au lieu d'être gai et de jouer selon son habitude, il était, comme nous l'avons dit, chagrin, maussade, poussant déjà pendant la nuit ces cris aigus et perdant l'appétit.

Il est évident que l'affection de la gorge n'était pour rien dans cette phase d'incubation de la maladie, et, par conséquent, il y a eu réellement méningite tuberculeuse qui n'est pas arrivée à la période convulsive. D'ailleurs Bouchut admet la possibilité de cette guérison et cite plusieurs cas de cette heureuse terminaison.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

Contribution à l'étude de l'asthme urémique, par M. Weiss, de Pragues. — L'auteur donne les observations de trois cas de néphrite chronique et d'un cas de néphrite aiguë, consécutif, chez un enfant, à la scarlatine et à la diphthérite. Dans les deux premiers, il s'agit de deux hommes, jusque là bien portants, chez lesquels parut subitement, et sans cause connue, une dyspnée très intense avec des accès d'asthme. Chez aucun d'eux, si ce n'est un peu d'emphysème, on ne peut rien constater de pathologique dans les poumons, ni d'anormal du côté du cœur. Le premier eut de la dyspnée et des attaques d'asthme, quatre ans avant sa mort et un an avant l'œdème, et les autres manifestations de la néphrite chronique. On peut examiner plus souvent le second malade avant les accès. Cependant, on ne put jamais constater de gonflement œdémateux aigu de la muqueuse des bronches, ni des troubles de la circulation pulmonaire dus à un affaiblissement des mouvements du cœur. Dans ce cas, outre l'exclusion de toute cause mécanique, la nature urémique des accès d'asthme semble prouvée, parce que chaque fois que la sécrétion urinaire et la quantité quotidienne d'urée diminuaient, les accès devenaient plus violents; des urines plus abondantes et plus riches en urée amenaient du soulagement. Dans la troisième observation il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois, chez laquelle, à la suite d'une néphrite parenchymateuse aiguë, éclatant pendant la gestation, les accès d'asthme deviennent plus violents jusqu'à ce qu'il se produisit une fausse couche; après celle-ci une amélioration passagère fut constatée, jusqu'à ce qu'enfin la malade vint à succomber à la néphrite chronique, deux mois après son avortement. Ici, non plus, on ne peut invoquer aucune cause mécanique. Chez le quatrième malade, la dyspnée se greffa sur une néphrite scarlatineuse aiguë; les poumons étaient intacts et on ne put y constater aucun changement physique. Plus tard seulement, et quand les accès furent calmés, survinrent à côté d'autres transsudations séreuses, de l'œdème du poumon et un épanchement pleural.

M. Weiss considère ces cas comme prouvant la nature urémique de cette affection, contrairement à la théorie de Traube qui admet une cause mécanique, et celle de Fræuhef qui invoque un dérangement de la circulation pulmonaire, et attribue ce dérangement à un affaiblissement du ventricule gauche, admettant donc comme cause un trouble de fonctions. Il se trouve aussi en contradiction avec Leyden, qui considère l'asthme survenant pendant la maladie de Bright, comme dépendant de la dilatation hypertrophique du cœur. L'asthme urémique se montre non-seulement dans la néphrite chronique, mais aussi, quoique rarement, dans la néphrite aiguë et serait même, selon l'auteur, souvent un des symptômes les plus précoces de cette maladie. Cet asthme est produit par une cause chimique. Le sang saturé d'urée ou de ses dérivés ammoniacaux, frappant les terminaisons pulmonaires du nerf vague, produit une irritation centripète anormale, qui a, comme effet, une excitation reflexe des nerfs dilatateurs des vaisseaux se rendant vers le poumon; ou bien il attaque les rameaux moteurs des muscles bronchiques, ou bien encore, il produit simultanément ces deux effets. Il ne faut pas non plus rejeter l'idée que

l'attaque peut venir directement de l'organe central. Le sang riche en produits d'excrétions, excitant d'une façon automatique le centre vaso-moteur (dépresseur), et les racines du nerf vague, peut occasionner les différents phénomènes que nous voyons se dérouler sous nos yeux dans l'asthme bronchique.

Au point de vue pratique, la troisième observation est très importante. Ce fait que les accès de la néphrite parenchymateuse augmentés pendant la gestation, diminueraient après la fausse couche, plaident en faveur de l'avortement provoqué dans la néphrite des femmes enceintes.

Conception sans introduction du pénis. — (Communiquée par A. Sippel, à Francfort-sur-le-Mein).

« Je fus appelé, il y a quelque temps, auprès d'une « primipare, qui, disait-on, ne pouvait accoucher, parce « que les organes génitaux étaient fermés. Je m'attendais « à trouver une ouverture vaginale très étroite, mais je « la trouvai oblitérée. Le travail était si avancé que la « tête se présentait entre les grandes lèvres, dans son « plus grand diamètre au moment des douleurs. Elle « était recouverte entièrement par une membrane forte- « tement tendue, charnue, épaisse de cinq millimètres et « l'enveloppant comme un bonnet. Les eaux s'étant com- « plètement écoulées, il fallait nécessairement qu'il y eût « une ouverture. Après un examen minutieux, j'en trou- « vai une au centre de la membrane, assez large pour « qu'on pût y passer un crayon. Je fis dans ce tissu, « anormal, une incision en croix avec un bistouri bou- tonné et les douleurs suivantes mirent en une seconde « un enfant vivant. »

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. Quinze jours après, on examina les parties génitales et on trouva, à la place ordinaire de l'hymen, et comme vestige de cette membrane, quatre appendices gros comme le doigt, plus loin, un vagin et un utérus bien conformés.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un hymen exceptionnel, très solide et muni d'une petite ouverture qui, à l'état ordinaire, et non distendue, devait être d'un diamètre plus petit encore qu'un crayon. L'introduction d'un pénis était impossible et le mari interrogé en convint. Il croyait que cet état était normal, ignorant que le coït se pratiquât d'une autre façon ; la grossesse de sa femme le confirma encore dans son erreur. La réponse à la question de savoir comment la fécondation fut possible est facile. Une éjaculation à l'orifice utérin était anatomiquement impossible. Les spermatozoïdes fécondants ne purent donc gagner la cavité utérine que grâce au mouvement qui leur est propre.

(Extrait de la Deutsche Medicinal-Zeitung).

Dr FISCHER.

CHRONIQUE

LA DIPHTHÉRITE EN RUSSIE. — L'*Ordre* nous fournit des données effrayantes sur les ravages causés depuis dix ans, en Russie, par l'épidémie de diphthérite. D'abord, dans un certain nombre de villages, puis dans des communes et des paroisses entières, elle a emporté presque tous les enfants jusqu'à quinze ans inclusivement. De l'avis du département médical, aucune épidémie, sans en excepter la peste ou le choléra, n'a jamais fait autant de victimes. Et elle ne cesse de se répandre de façon que, même les deux capitales, ne sont plus à l'abri du fléau.

L'*Ordre* a puisé ses renseignements dans des données statistiques publiées par le gouvernement et le zemstro. On nomme l'épidémie de ces dernières années, par opposition à celles des années précédentes, la « grande épidémie de diphthérite. » On en fait remonter l'origine à 1862, époque de son apparition en Bessarabie. Pendant les huit années suivantes, l'épidémie se répandit dans les gouvernements de Kerson, Podolie, Tauride, Kief, Poltava, Tcherwigof, Catherinoslof, Koursk, Vozouage, Karkof, Towbof, Saratof et Samara. Le foyer de la grande épidémie ou, comme on l'appelle encore « l'épidémie bessarabienne » serait, par conséquent, le midi de l'empire, d'où elle se propagerait vers l'est et le nord-ouest. Elle suit, on le voit, la direction des vents de la région méridionale de la Russie d'Europe, qui portent au loin ses parasites, germes de la contagion.

Les derniers gouvernements infectés ont été ceux de Tambof, Saratof et Samara. On ne connaît pas encore les chiffres exacts des ravages. Dans les autres gouvernements infectés, les victimes se comptaient par milliers. Ainsi, de 1872 à 1879, en Bessarabie, sur 35,538 cas de contagion, il y a eu 14,949 décès; de 1876 à 1879, dans le gouvernement de Poltava, le plus éprouvé de tous, sur 45,543 malades, il y a eu 18,765 décès; dans celui de Karkof, de 1878 à 1880, sur 28,750 malades, 17,048 décès. Et il y a lieu de supposer que ces chiffres sont au-dessous de la réalité. Il est incontestable que la mortalité croît en proportion du nombre des cas de maladie.

La « grande épidémie » n'est pas, comme nous l'avons fait observer, la seule qui ait désolé les campagnes russes. Antérieurement, il y en a eu une autre, très désastreuse aussi, sur les bords du Don, mais dont les ravages ne sont pas constatés d'une façon positive. On sait seulement qu'elle a éclaté vers 1868, et que des villages entiers, d'après les informations du *Messager du Don*, ont perdu toute leur population enfantine. Dans le seul arrondissement de Knoper, il est mort de la dipththérite, en 1868, jusqu'à 6,000 enfants.

En 1879, la même maladie fit son apparition dans le gouvernement de Stravapol et se répandit de là dans tout le Caucase. Les données exactes sur sa marche et sur le nombre des victimes nous font absolument défaut.

(Journal de Saint-Pétersbourg).

— CORPS DE LA SANTÉ DE LA MARINE. — Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, il est décrété :

Article premier. — Les articles 29 et 30 du décret du 14 juillet 1865 sont remplacés par le texte ci-après :

« Art. 29. — Nul n'est admis à l'emploi d'aide-médecin auxiliaire s'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine na-

vale, dans une Faculté ou dans une école secondaire, et s'il n'est reconnu admissible à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le grade d'aide-médecin titulaire.

« Art. 40. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe sont choisis, sur l'avis motivé de l'inspecteur général du service de santé, parmi les candidats pourvus du diplôme de docteur en médecine.

« Ils sont choisis également parmi les aides-médecins auxiliaires ayant au moins deux ans de services et reconnus admissibles à la suite d'un examen portant sur les matières qui font l'objet du concours pour le médecin de deuxième classe entretenu.

« Les aides-médecins auxilliaires, pourvus du diplôme de docteur en médecine, sont nommés, sans examen, médecins auxiliaires de deuxième classe.

« Les candidats aux emplois de médecin et de pharmacien auxiliaires doivent avoir été reconnus propres au service de la marine. »

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent sont applicables au recrutement des pharmaciens auxiliaires de la marine dans les conditions prévues par l'article 35 du décret du 14 juillet 1865.

— A Dunkerque, le parquet vient d'être saisi d'une grave affaire. Le nommé Jean Guetghebeur, âgé de soixante-trois ans, originaire de Blankemberghe, gardien de navire, pratiquait la médecine et la pharmacie sans avoir de diplôme.

Un de ses clients, le sieur Malézieux, est mort ces jours-ci, et le sieur Delacre, sous-brigadier de police, également client de Guetghebeur, est dans un état des plus alarmants.

L'attention de la justice s'est éveillée, une descente a été opérée au domicile de l'empirique, et il a été saisi un grand nombres d'objets, tels que fioles, médicaments, ordonnances.

L'inculpé a fait des aveux complets.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

PROCÈS VERBAL

De la première réunion d'organisation du Syndicat médical des Basses-Cevennes. — Après une convocation adressée aux médecins de la région des Basses-Cévennes, — se sont réunis à Ganges (Hérault), le 5 octobre 1881, dans le but de fonder un syndicat professionnel.

MM. les Docteurs : Auzilhon, de Quissac. — Angeau, de Ganges. — Beau, de Sumène. — Bourguet, de Lasalle. — Cambassédès, du Vigan. — Carrière, de Saint-André-de-Valborgne. — Darvieu, de Ganges. — Galtier, de Gange. — Mourgue, de Lasalle. — Nine, de Ganges. — Perrier, de Valleraugue. — Quatrefages, de Saint-Laurent-le-Minier. — Rancurel, de Sauve.

MM. les Docteurs : Bentkowski, de Saint-Jean du Gard. — Demorcy-Delettre, de Sauve. — Teissonnière, de Saint-Hyppolyte-du-Fort, ont donné leur adhésion par écrit.

La réunion,

Convaincue que c'est seulement par une synergie puissante, exclusivement confraternelle et sincèrement dévouée à *tous* les intérêts mûrement débattus de la profession, que les médecins arriveront à sauvegarder leur position ;

Considérant que cette position est envahie par l'exercice illégal sous mille travestissements, exploitée par les diverses administrations, menacée par l'organisation et les exigences croissantes des sociétés coopératives et surtout de secours mutuels, non moins que par l'indifférence des magistrats et d'une grande partie du public.

Reconnaissant, en outre, les inconvénients provenant du manque de solidarité confraternelle.

Séparant son but de celui de l'Association générale, obligée de se renfermer dans des actes de prévoyance et de secours mutuels ;

Après un échange de vues sur les diverses questions de déontologie médicale et sur celles qui se rattachent aux intérêts professionnels.

Nomme par acclamation un S*yndicat provisoire*, composé de MM. les Docteurs Cambassédès (du Vigan). Carrière (Saint-André de Valborgne), Darvieu (Ganges). Cette commission est chargée de présenter un rapport sur toutes les questions intéressant le syndicat, rapport qui sera soumis, avec les statuts, à l'assemblée générale des adhérents, qui se tiendra à Ganges et pour laquelle des convocations seront faites huit jours à l'avance.

Le Syndicat provisoire.

CAMBASSÉDÈS. — CARRIÈRE. — DARVIEU.

NOTA. — Ceux de nos confrères qui comprennent les avantages de cette institution sont priés d'envoyer, le plus tôt possible, leur adhésion à l'un de nous, en donnant noms et prénoms — date du diplôme et domicile.

II

Dans la réunion récente de l'Association locale des médecins de l'Oise, le président a donné lecture d'une lettre, très fortement motivée, en faveur de la création d'un *syndicat médical* dans le département de l'Oise. Le signataire, M. le Dr Evrard, membre de l'*Association locale* et du *Concours médical*, occupe au chef-lieu, à *Beauvais*, une situation éminente. Ecrivain distingué, il il a exposé les motifs qui l'ont déterminé à faire par écrit sa proposition, empêché qu'il était de se rendre à la réunion. Il a insisté, notamment, sur l'urgence des syndicats, pour mainteuir la situation du médecin vis-à-vis des diverses sociétés de secours et autres qui imposent leurs conditions sans discussion, ni défense possible pour le praticien isolé.

La proposition de M. le Dr Evrard a été accueillie avec chaleur par les membres présents, et mise à l'ordre du jour de la plus prochaine réunion de l'Association.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

29 Octobre 1881 — 3me Année. — N° 44

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Guéniot* communique à l'Académie un travail sur les *méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus et, en particulier, sur un procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud.*

Dans ce travail, M. Guéniot a pour but de démontrer : 1° qu'au double point de vue de la sécurité et de la simplicité opératoire, de même que sous le rapport de l'étendue du champ d'application, la méthode d'excision par l'instrument tranchant est, le plus souvent, très inférieure au procédé du serre-nœud ; 2° que, malgré sa grande analogie d'action avec ce dernier, le procédé d'excision par l'écraseur de Chassaignac n'offre pas non plus les mêmes avantages. Suivant M. Guéniot, le serre-nœud présente sur l'instrument tranchant et l'écraseur de Chassaignac les avantages essentiels suivants : 1° de mettre à l'abri de l'hémorrhagie (qualité qu'il possède au même degré que l'écraseur à chaîne), 2° d'être d'une application généralement facile, et de ne point nécessiter l'abaissement préalable, soit du polype, soit de l'utérus ; 3° enfin d'offrir un champ d'action presque illimité, c'est-à-dire de rendre possible l'extraction des tumeurs qui s'implantent presque sur le fond de la matrice. Il termine en formulant cette unique conclusion : Des trois méthodes ou procédés utilisables pour l'ablation des polypes utérins, celle qui consiste dans l'emploi du serre-nœud lui paraît être de beaucoup la plus avantageuse, puisqu'elle se montre à la fois la plus sûre, la plus simple et la plus susceptible d'une application très étendue.

A l'appui de cette communication, M. Guéniot met sous les yeux de l'Académie un polype utérin qu'il a enlevé par le procédé qu'il préconise. Cette tumeur présente surtout ceci de particulièrement intéressant au point de vue opératoire, qu'elle est très vasculaire seulement dans sa partie supérieure, c'est-à-dire près de son implantation. En conséquence, une ablation par l'instrument tranchant aurait pu avoir de graves inconvénients au point de vue de l'hémorrhagie.

M. Blot fait remarquer que M. Guéniot s'est surtout proposé pour but d'éviter l'écoulement sanguin ; or, à ce point de vue, le serre-nœud de Maisonneuve n'a pas le même mode d'action que la chaîne de l'écraseur de Chassaignac ; il expose davantage aux hémorrhagies, parce qu'il coupe au lieu de *mâchonner* les tissus comme le fait l'instrument de Chassaignac. M. Guéniot semble avoir exagéré la difficulté d'application de la chaîne de l'écraseur.

M. *Guéniot* fait observer que l'instrument dont il se sert n'est pas un fil, mais une corde métallique dont la surface de section est plus grande que celle même de la chaîne de l'écraseur. Il ajoute que ce serre-nœud est beaucoup plus maniable, et permet d'obtenir plus facilement la section perpendiculaire à l'axe, l'écraseur ayant plus de tendance à donner une section oblique.

M. *Giraud-Teulon*, lit un mémoire intitulé: *Contribution à l'étude de l'électro-thérapie*: *24 observations des effets de l'électro-dynamique (courants constants continus), sur les opacités du corps vitré.* Voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de son étude et des observations qu'il rapporte:

« Dans toute opacité du corps vitré, quels que soient d'ailleurs son degré et son étendue, mais dont le développement n'a pas atteint les formes confirmées de l'hypertrophie, les courants continus constants peuvent être considérés comme le moyen thérapeutique le plus efficace et de l'effet le plus rapide.

« Et si nous nous reportons aux conclusions que peuvent nous offrir sur la thérapeutique de cet état morbide les auteurs même les plus nouveaux, nous emporterons la conviction de l'importance de l'acquisition faite dans cette application de l'électricité.

« Nous espérons qu'au point de vue du mécanisme physiologique de cette action, l'électro-dynamique aura également, par voie de conséquence, un bénéfice à retirer de cette constatation.»

M. *Cagny*, médecin-vétérinaire à Senlis, donne lecture d'un travail *sur la rétention anormale du fœtus chez les animaux domestiques.* Quelle que soit l'espèce animale, lorsque les choses sont telles qu'à l'époque de la parturition, le fœtus a son développement normal, alors la vie de la mère est en danger, surtout lorsqu'il s'agit d'une brebis. Aussi, ajoute, l'auteur lors des expériences de M. Pasteur, sur le charbon, M. Rossignol (de Melun), en rendant compte de la mort de la brebis vaccinée, avait raison de dire que cette brebis est morte parce que sa matrice renfermait un agneau à terme, mais qui n'a pu être expulsé.

Dr J. Geoffroy.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous faisons un devoir de communiquer à nos lecteurs :

«Monsieur le Directeur,

« Lors de la constitution de la Société civile du *Concours médical*, le 14 août dernier, l'Assemblée générale des membres adhérents m'avait, sur votre proposition, régulièrement conféré le titre de membre du Comité de rédaction.

« Je viens actuellement remercier mes mandants, et leur faire connaître que, désirant rester désormais étranger à la rédaction du journal, je décline, pour l'avenir, toute responsabilité concernant le *Concours médical.*

« Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments confraternels.»

Dr Henry Marais,
(*de Honfleur*).

Honfleur, le 17 octobre 1881.

Nous regrettons de ne pas nous trouver en conformité d'appréciations avec notre honorable confrère, M. le Dr Marais, au sujet de la rédaction du *Concours médical*. Nous assumons volontiers cette responsabilité qu'il décline. A. C.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA SCARLATINE

Parmi les plus mémorables erreurs des hommes illustres il convient de ranger celle de Sydenham qui admettait à peine que la scarlatine fût une maladie. Pour lui ce n'était guère autre chose que l'en-tête d'une page blanche ou l'étiquette d'un casier vide: *hoc morbi* NOMEN (*vix enim altius assurgit*), disait-il en parlant d'elle avec le même dédain qu'il eût fait du banal coryza. — Depuis lors, les choses ont bien changé; il n'est pas un praticien aujourd'hui qui ne s'inscrive en faux contre l'imprudente assertion de *l'un des plus grands observateurs des siècles passés* (Trousseau).

Une telle méprise serait inexplicable, si l'on ne savait combien la gravité des maladies épidémiques varie avec les temps et les pays. Il faut se souvenir de ce qui arriva à Bretonneau : pendant vingt-cinq ans de sa pratique, ce clinicien sagace considéra la fièvre pourprée comme une maladie constamment bénigne; mais une épidémie qui sévit à Tours en 1824, lui dessilla les yeux en moins de deux mois et lui apprit à redouter cette affection à l'égal de la peste, du typhus et du choléra.

Il y a peu d'années encore, nos maîtres enseignaient que la scarlatine est, par excellence, une maladie anglaise et qu'elle est chez nous la moins fréquente des fièvres éruptives; depuis quelque temps cette proposition paraît beaucoup moins soutenable, et cette année notamment, dans toutes les clientèles et dans tous les services d'hôpital, de nombreux cas en ont été vus, les uns tellement atténués, que le diagnostic en pouvait sembler discutable et qu'ils méritaient plutôt le nom de *scarlatinoïdes*, d'autres d'une extrême gravité ou même suivis d'une issue rapidement fatale. — Nous croyons donc faire œuvre d'actualité en sou-

mettant aujourd'hui à nos lecteurs quelques réflexions sur ce sujet.

I.

Des scarlatines frustes et scarlatinoïdes

De toutes les maladies, disait Trousseau, la scarlatine est celle qui est le plus souvent fruste. L'expérience journalière montre qu'il avait parfaitement raison sur ce point, et dans les épidémies récentes, on a observé très fréquemment ces formes dans lesquelles manque un plus ou moins grand nombre des symptômes classiques.

Bien souvent les manifestations exanthématiques se réduisent à des rougeurs fugaces, siégeant surtout au niveau des plis articulaires, si fugaces parfois qu'elles peuvent apparaître et disparaître entre deux visites du médecin et faire hésiter le diagnostic.

Mais la manifestation la plus constante est l'angine avec ses caractères spéciaux : rougeur de la voûte palatine, du voile du palais et de ses piliers, amygdales tuméfiées d'un rouge le plus souvent si vif, si framboisé qu'on ne peut guère le confondre avec la teinte des autres angines, et enfin, tranchant sur ce fond cramoisi, l'enduit pultacé, d'un blanc terne. Joignez-y un mouvement fébrile assez intense, mais parfois de très courte durée, et puis c'est tout dans un certain nombre de cas; pas d'exanthème appréciable; à peine de desquamation, sinon le dépouillement de la langue, pas de douleurs articulaires et pas d'albuminurie.

Cependant une angine de tels caractères, dans un milieu où sévit la scarlatine, est acceptée par la majorité des praticiens pour une angine scarlatineuse. L'angine peut encore être plus atténuée, et l'on arrive alors à ces formes tellement bénignes et effacées que M. Blachez (1) qui en a observé un grand nombre, a proposé de les différencier par un nom spécial : celui de *scarlatinoïdes*, et se demande s'il y a vraiment lieu, en présence de l'insignifiance des accidents et du rétablissement si rapide des sujets, de leur imposer un aussi long et aussi rigoureux séjour à la chambre que les auteurs classiques recommandent de le faire pour les scarlatines même les plus bénignes.

M. L. Blondeau (2) a publié une intéressante observation de scarlatine fruste. Une fillette de huit ans et demi avait été prise d'une scarlatine bénigne, légère, franchement caractérisée qui parcourut rapidement ses phases sans aucune espèce d'incident durant son cours, ni pendant sa convalescence qui fut non moins rapide. Quelques jours après, le frère de sept à huit ans se plaint de mal de tête, douleurs de reins, a des vomissement et une fièvre assez vive. Cependant, vingt-quatre heures après, le médecin ne constatait ni mal, ni rougeur de gorge, ni langue saburrale, encore moins limoneuse, ni apparence d'éruption caractéristique sur la peau, sinon quelques vésicules de sudamina. Le surlendemain l'enfant se trouvait fort bien, à l'exception d'une douleur dans l'articulation du coude lorsqu'il faisait un mouvement pour le plier, douleur que la pression augmentait à peine, sans rougeur ni tuméfaction. Mais les urines, après avoir été d'un rouge-sang très vif, furent rouge brun, jus de pruneaux délayé, manifestement sanglantes. Puis au bout de quarante-huit heures les urines avaient repris leur limpidité, ne contenaient pas d'albumine, et la guérison fut d'emblée complète.

(1) Gazette hebdomadaire 1881.
(2) Union médicale, février 1881.

En opposition à l'idée émise par M. Blachez, d'imposer un séjour à la chambre moins rigoureux aux sujets qui ont été atteints de scarlatine fruste ou bénigne, il convient de rappeler certains cas, tels que celui qui a été rapporté par M. le Dr Lubanski (1).

Il s'agit d'un jeune soldat robuste et bien constitué qui contracta, à la suite d'une angine scarlatineuse très bénigne, une néphrite interstitielle à laquelle il succomba plus tard au milieu d'accidents d'urémie dyspnéique. L'auteur en conclut que la néphrite n'appartient pas seulement aux scarlatines à réaction vive, à symptômes bien caractérisés, ainsi que M. Blachez incline à le penser, mais qu'elle peut aussi se montrer inopinément à la suite de formes effacées incomplètes, qui perdraient ainsi le bénéfice de l'innocuité inhérente au mot scarlatinoïde. Il voit aussi, dans cet exemple, une confirmation des préceptes formulés de vieille date sur les précautions à prendre à la suite de la scarlatine et, notamment, sur la longueur à imposer à la convalescence, même dans les cas où le peu de gravité de la maladie entraînerait les malades, et souvent même le médecin, à s'affranchir trop vite de ces précautions.

C'est, quant à nous, à l'opinion traditionnelle que nous resterons fidèle jusqu'à plus ample informé, ne croyant pas, qu'en fait de précautions, l'excès soit jamais un défaut, comme le prétend un proverbe.

II.

Des scarlatines irrégulières et malignes.

A vrai dire, l'irrégularité paraît être presque aussi fréquente que la forme normale de cette affection; mais elle présente surtout un remarquable exemple de ce phénomène de pathologie générale qu'on appelle la *dissociation* des symptômes et qui consiste en ce que des manifestations habituellement contemporaines ou immédiatement consécutives, se produisent par exception isolément et parfois à de très longs intervalles. C'est surtout dans les maladies infectieuses que ce démembrement singulier d'un tout pathologique s'observe; ce fait ne viendrait-il pas à l'appui de l'opinion qui voit dans les déterminations locales de ces maladies, une tendance à rejeter à l'extérieur, à éliminer le poison qui encombre l'organisme, élimination et rejet qui se font ainsi par poussées successives? Ainsi, par exemple, la néphrite scarlatineuse serait causée, comme celle de la fièvre typhoïde, par le passage du poison, ou,

(1) Union médicale, 23 août 1881.

pour employer une expression imagée de M. le professeur Bouchard, par la décharge bactérienne au travers du filtre rénal.

Nous connaissons l'observation instructive, à ce point de vue, d'un enfant qui fit sa scarlatine en plusieurs fois, pour ainsi dire (1). Vu la gravité extrême de chacune des manifestations, on est amené à penser que si, au lieu de se succéder avec un certain intervalle, elles s'étaient produites à peu près dans le temps ordinaire, le malade eût été infailliblement emporté; au contraire, son organisme réussit à repousser les assauts rudes et multipliés, mais successifs, du poison morbide. Le début fut peu retentissant, une fièvre modérée sans angine, suivie au deuxième jour d'un exanthème normal, et on croyait pouvoir prédire une convalescence rapide et sûre, lorsqu'au bout de quelques jours, l'angine, qui avait retardé, apparut avec une intensité extrême, accompagnée d'une hyperthermie inquiétante. Après quelque temps, l'angine céda; mais voici que des hémorrhagies apparaissent par toutes les voies, hémoptysies à nécessiter chaque fois le tamponnement, hématuries, ecchymoses multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui se succédaient avec une telle violence que personne n'espérait plus sauver l'enfant.

Il s'en tira pourtant, et après plusieurs semaines d'angoisses; on croyait toucher à la convalescence définitive, quand l'anasarque d'une part et la suppuration de plusieurs bubons vinrent tout remettre en question. Enfin le petit malade guérit définitivement; mais on voit combien il importe de réserver son pronostic dans une affection aussi singulière dans sa marche, et dans laquelle un début paisible et doucereux peut être le prélude des plus terribles orages.

L'hyperthermie tardive et prolongée est, dans certains cas, un danger imminent; ainsi le Dr Sorel (2) vit, au neuvième jour d'une scarlatine peu inquiétante qui ne s'était distinguée des formes classiques que par l'absence d'angine et la persistance de l'éruption aux membres inférieurs, la température s'élever brusquement, en dehors de toute complication appréciable, à 42° et mettre immédiatement en danger la vie du malade. Après un très court délire, celui-ci tombe dans le coma, la face violacée, les yeux fixes, les pupilles un peu contractées; — puis la bouche grimace, les membres supérieurs sont agités de secousses convulsives; le pouls est incomptable; les soubresauts de tendons se succèdent avec rapidité; le thorax s'immobilisant, la respiration paraît abolie et la mort imminente. L'emploi de bains froids conjura instantanément les symptômes graves; la connaissance revint, la fièvre se régularisa et le malade guérit.

Dans une autre observation publiée par M. Mayer (3) l'hyperthermie extraordinaire et rapide (43°), avec courbature, céphalalgie et mal de gorge, servit, en l'absence de tout exanthème, à affermir le diagnostic, tout en créant une indication thérapeutique urgente. Se rappelant les cas où l'hyperthermie avait empêché l'éruption cutanée de se faire, M. Mayer résolut de faire baisser la température par l'application de vessies contenant de la glace autour du cou et de la nuque, puis sur le thorax et l'abdomen; la faiblesse de la malade paraissait contre-indiquer les bains froids. Le soulagement fut immédiat; bientôt l'exanthème parut et dès lors la scarlatine suivit un cours normal.

D'ailleurs l'hyperthermie persistant sans cause appréciable dans cette affection, nous paraîtra toujours suspecte, et, pour peu qu'elle s'accompagne de certains phénomènes nerveux, tels que l'*angoisse précordiale* et la *dypsnée* sans déterminations anatomiques appréciables vers l'appareil respiratoire ou circulatoire, nous concevrons désormais une inquiétude que légitimera le souvenir du cas suivant. Nous avons eu à soigner récemment une robuste jeune femme qui avait eu un début de scarlatine normale en apparence. Pourtant, le cinquième jour au matin, la température axillaire était à 40°,9 sans qu'aucune complication tangible expliquât cette hyperthermie. L'exanthème qui avait été généralisé commençait à pâlir. Les battements du cœur étaient très fréquents, mais nettement frappés, sans faux-pas ni souffle. La respiration était précipitée, sans aucun râle. L'angine avait presque disparu, et le timbre normal de la voix excluait toute complication laryngée. Pourtant la malade, en proie à une dyspnée et à une angoisse extrême, avait la terreur peinte sur le visage, et avec pleine connaissance nous accusait une sensation de mort prochaine. Un médecin des plus distingués crut pouvoir attribuer l'intensité des phénomènes nerveux aux antécédents hystériques du sujet, et écarter l'idée d'un pronostic trop sévère: néanmoins on commença des lotions fraîches. Deux heures plus tard la malade mourut presque subitement par syncope. La nécropsie montra les lésions propres aux maladies les plus infectieuses; malgré la courte durée de l'affection, le foie, la rate, les reins et le cœur étaient atteints de la dégénérescence graisseuse la plus marquée, le sang était très fluide, *sang dissous* des anciens auteurs.

Parmi les scarlatines irrégulières, il faut classer celle qui affecte les *femmes en couches*. Le Dr H. Legendre (1), qui a pu en recueillir de nombreuses observations, est arrivé aux conclusions suivantes. Les femmes en couches sont plus prédisposées à contracter la scarlatine que les autres fièvres éruptives. Elle est alors le plus souvent anormale, le diagnostic est des plus difficiles dans les cas frustes, et repose en partie sur la notion épidémique. Les exanthèmes dits scarlatiniformes ne sont très-probablement que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leur allure.

Les éruptions scarlatineuses, même anormales, ne doivent pas être confondues avec les éruptions scarlatiniformes, qui relèvent de la septicémie puerpérale aussi bien que de la septicémie chirur-

(1) Hanot. Communication orale.

(2) Union médicale, février 1881.

(3) Annales de médecine d'An ers.

(1) Thèse inaugurale 1881.

gicale et de l'infection purulente. — En présence de tout exanthème analogue à celui de la scarlatine, survenant chez une nouvelle accouchée, il sera sage de soumettre rigoureusement la malade aux précautions hygiéniques que réclame la scarlatine.

Nous signalerons encore une variété intéressante de scarlatine irrégulière; ce sont celles qui consistent en véritables rechutes avec réapparition des mêmes symptômes. De même qu'on voit des fièvres typhoïdes à rechutes, on a signalé des cas de scarlatines où après une évolution régulière de l'angine, de l'exanthème et de l'albuminurie, au moment où la convalescence paraissait s'établir, une nouvelle poussée fébrile fut le signal d'une nouvelle poussée anginense et d'une nouvelle efflorescence cutanée avec recrudescence de l'albuminurie, nouvel argument en faveur de la théorie que nous énoncions plus haut et qui ne voit dans les manifestations symptomatiques que les déterminations locales du poison qui infecte l'organisme et dont celui-ci cherche à se débarrasser tantôt par une voie, tantôt par une autre.

Nous réserverons pour un prochain article les discussions pleines d'intérêt que soulève l'étude de certaines complications de la scarlatine, telles que la diphthérie, le rhumatisme scarlatin, les adénopathies, les inflammations des séreuses et l'albuminurie, et aujourd'hui nous terminerons par quelques indications relatives au traitement.

III

Traitement.

C'est en vertu de l'analogie que les éruptions scarlatiniformes de l'empoisonnement par la belladone présentent avec l'exanthème de la scarlatine que Hahnemann et l'école homœopathique, en s'appuyant sur la loi : *similia similibus curantur*, ont conclu à la valeur prophylactique et curative de la belladone contre la maladie qui nous occupe. Nous ne discuterons pas ici, bien entendu, la théorie elle-même, — et nous nous contenterons de dire que les expériences instituées dans ce sens ont donné des résultats divergents.

Si l'on veut recourir à ce médicament, on peut prendre la formule suivante :

Extrait de belladone.	0, 15 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.
Acool rectifié.	1 gramme.

Autant de gouttes matin et soir de ce mélange que le sujet compte d'années.

Dans les formes régulières et normales le traitement sera purement hygiénique ; séjour au lit dans une chambre avec une température de 18° à 20° centigrades.

On ne gorgera pas le malade de boissons chaudes, mais on lui fera boire, en quantité modérée, de la limonade au citron, additionnée, si le sujet présente une tendance adynamique, d'une certaine proportion de vin.

Jusqu'à la période de desquamation, l'alimentation ne consistera qu'en bouillon, sauf indications spéciales.

La nature infectieuse de la maladie légitime l'emploi que prescrit Scott, du sulfophénate de soude en solution aqueuse, à la dose de 0,30 centigrammes à 1 gramme.

Les formes irrégulières, suivant la dominante des accidents, imposent évidemment des mesures particulières. A l'hyperthermie des formes ataxiques, s'accompagnant rapidement d'accidents nerveux comateux, convulsifs ou dyspnéiques graves, on opposera avec succès, comme nous l'avons vu plus haut, les lotions et affusions froides, voire même les bains dans les cas les plus menaçants.

Comme médicaments antithermiques, nous employons le sulfate de quinine, mais nous bannissons le salicylate de soude, qui peut précipiter la néphrite toujours imminente ou l'aggraver, si elle existe.

Dans les formes syncopales, on recourt au vin, à l'alcool, au quinquina, à la digitale.

Dans les formes gastro-intestinales (vomissements incoercibles dès le début, diarrhée abondante et persistante) on a les opiacés, l'eau de Seltz, la glace, en menus fragments, fréquemment déglutis.

Nous parlerons à propos de chaque grande complication des indications thérapeutiques qu'elle soulève.

Terminons par l'analyse d'un intéressant et récent travail du professeur Demme, de Berne, sur l'usage de la *pilocarpine* (1).

D'après ce praticien, dans les cas de scarlatine où l'exanthème tarde à se montrer, on retire les meilleurs effets de l'action diaphorétique de la pilocarpine, et on enraie les accidents nerveux graves qui surgissent habituellement en pareil cas. Mais cette médication, même instituée au début de la période éruptive, est impuissante à prévenir les complications rénales. Elle peut, en activant la diaphorèse, diminuer la gravité des accidents urémiques qui éclatent souvent dans le décours. Mais l'emploi de cette médication réclame une grande circonspection; elle expose, par l'action dépressive qu'elle exerce sur le cœur, à doses un peu élevées, aux dangers du collapsus, qui se manifesteraient presque constamment après l'emploi pendant plusieurs jours d'injections hypodermiques d'un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine. M. Demme conseille donc de n'administrer ce médicament qu'à doses restreintes, et de faire précéder son emploi de cordiaux, vins généreux, infusion de café noir ou de thé.

Paul GERNE.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE.

Si certains remèdes, comme la pommade de *Lyon* ou celle de la veuve *Farnier*, tant vantés

(1) Jahrbuch für Kinderheilk, t. XVI, p. 337, 1881.

dans le public, étaient réellement des moyens *spécifiques*, il serait tout-à-fait superflu de distinguer une *blépharite lacrymale*, une *blépharite eczémateuse*, et, tout le premier, je me garderais bien, dans ces articles, d'encourir le reproche d'Amédée Latour, d'être un stérile naturaliste, occupé à faire des classifications et des variétés de maladies. Je me hâte toutefois de dire, que la crédulité seule des malades n'a pu faire le succès et la réputation de telle ou telle pommade, dont l'usage a été certainement plus d'une fois suivi de guérison. Le nombre est grand, nous allons le voir, des cas dans lesquels les préparations à base de précipité rouge, jaune ou blanc, trouvent un emploi rationnel, sans compter qu'un autre facteur du succès, et qui n'est pas le moindre, est certainement la persévérance des malades à s'en servir. L'essentiel est de ne pas, à l'aveugle, tâter de tel ou tel moyen, comme le font les empiriques. A cet effet, la première question qu'un praticien attentif s'attachera à résoudre, est la suivante: Quelle est la *cause* (1) de la blépharite *simple* ou glandulo-ciliaire pour laquelle je suis consulté? Celle-ci une fois connue, le traitement est tout tracé.

D'une façon générale, je n'hésite pas à dire que la blépharite *simple* bien traitée, et surtout traitée dès le début, guérit presque toujours. Sans doute ce sera une question de plus ou moins de temps; des rechutes seront à craindre qui, en quelques jours, feront perdre le bénéfice de plusieurs mois de traitement; le malade sera astreint à des soins particuliers et de tous les jours, quelquefois à un régime spécial, mais le résultat final sera la guérison. Malheureusement, il n'en est plus de même, si l'inflammation a déterminé des lésions de structure; nous avons affaire alors à des désordres irréparables et tous nos efforts n'aboutiront qu'à un arrêt du mal et à une amélioration en rapport avec l'ancienneté de la maladie.

Voyons tout d'abord les moyens *généraux* applicables à tous les cas de blépharite, puis nous passerons aux indications *causales* pour terminer par le traitement local.

Une *propreté* minutieuse est avant tout de rigueur: condition qui, malheureusement, fait le plus souvent défaut là où elle devrait le moins manquer, c'est-à-dire dans la classe pauvre. Toutes les fois qu'il est nécessaire, mais au minimum trois fois dans le courant de la journée, les malades feront le nettoyage de leurs paupières, en se servant d'eau à une température aussi chaude que possible.

Si le bord palpébral rouge et modérément enflammé est recouvert d'un enduit graisseux (*séborrée*), comme il arrive dans la blépharite simple, l'eau contiendra dissous un peu de savon fin, ou bien sera additionnée de sous-carbonate de soude, dans la proportion d'un gramme pour 500 grammes d'eau distillée. Quelques gouttes d'extrait de saturne remplaceront le sous-carbonate de soude, si la rougeur existe seule sans exagération de la sécrétion sébacée. Dans le but de ramollir les croûtes et de les désagréger, on aura recours aux bains locaux d'eau de guimauve et de pavots, au moyen de l'*œillère*, puis on tâchera de les enlever en passant très doucement un linge fin bien humecté. Le nettoyage sera complété en faisant usage de la pince à curette. Inutile de recommander dans cette petite opération beaucoup de patience et de douceur, surtout quand il s'agit des enfants. En effet, cette partie du nettoyage ne se fait pas sans douleur: même avec beaucoup de précautions, les cils agglutinés sont tiraillés, les croûtes parfois dures et desséchées adhèrent au derme enflammé qui se déchire et saigne; les enfants poussent des cris, se défendent.

L'usage des cataplasmes est dans ce cas indispensable, et ils rendent de grands services. Ils sont faits avec la fécule de riz et sont appliqués tièdes. Pendant la nuit, on les remplacera par des ronds de toile enduits de la pommade suivante:

Emplâtre de plomb. / Huile de lin.	ãã 20 grammes.
Baume du Pérou.	1 gramme.

Pour terminer avec les soins de propreté, une recommandation utile à faire aux parents, c'est de laver très souvent les mains salies, que les enfants atteints de blépharite portent constamment à leurs paupières devenues le siège de démangeaisons, et qu'on ne peut guère protéger par des conserves, ou par un bandeau, ou par un carré de soie flottant, moyens dangereux ou peu pratiques à cet âge.

La question de *l'hygiène* et du *régime* n'est pas moins importante que celle de la propreté.

Sans entrer dans des détails qu'on trouvera tout au long dans les traités d'hygiène, il est quelques points que je ne puis passer sous silence. Si, dans la plupart des cas, chez l'indigent, le praticien se heurte à des impossibilités matérielles, comme celles d'une habitation plus confortable et d'une alimentation plus substantielle et mieux choisie, du moins peut-il indiquer certains moyens hygiéniques peu coûteux et dont l'influence sera salutaire. L'eau coulant partout à profusion, pour le pauvre comme pour le riche, le visage des enfants sera lavé à grande eau, et si des ablutions quotidiennes ne sont pas acceptées, on recommandera avec insistance des lotions générales, des bains salés, suivis de frictions sèches. L'état général de ces enfants malingres, anémiques, sera ainsi rapidement amélioré. Aux enfants plus favorisés par la fortune, le médecin, mieux armé, conseillera l'air pur et vivifiant de la campagne et des bords de la mer en même temps qu'une alimentation très tonique.

Mais il faut bien se garder de tomber dans un excès contraire. Des aliments trop succulents et épicés, les vins généreux, en amenant le sang à la tête, favorisent la congestion des yeux et des paupières. Il en est de même d'un travail trop assidu, trop prolongé, surtout à la lumière artificielle.

L'encombrement dans les casernes, les chambrées, etc.., réclament des mesures qui regardent l'autorité spéciale; mais, quand il s'agit

(1) V. *Concours médical*, nº 43

d'une salle d'asile ou d'une pension *trop à l'étroit*, le médecin conseillera aux parents de retirer, ou aux directrices et chefs d'institution, de renvoyer les enfants atteints de blépharo-conjonctivite. La guérison suivra, souvent de près, cette mesure qui sera en même temps une sauvegarde pour les enfants non atteints.

L'inflammation du bord libre des paupières est souvent liée à un état général particulier, anémie, diathèse scrofuleuse ou herpétique, qu'il ne faut pas négliger, sous peine d'échouer complètement dans le traitement. Dans le premier cas, aux mesures hygiéniques dont il vient d'être question, on joindra l'usage des toniques et des dépuratifs ferrugineux, iodure de fer, quinquina, sirop antiscorbutique, etc.

L'arséniate de soude, en solution pour l'adulte, ou mélangé au sirop de quinquina pour l'enfant, modifiera avantageusement la diathèse herpétique, avec les autres moyens employés en pareil cas. Je n'insisterai pas davantage, la question étant familière au lecteur.

La blépharite est-elle *monoculaire* ; nous savons, dans ce cas, qu'elle est due à une affection des voies lacrymales, le plus souvent déviation du point lacrymal inférieur, ou obstruction du canal lacrymo-nasal. En fendant, à l'aide du couteau de *Weber*, dans l'étendue de deux millimètres, ou plus, suivant les cas, le conduit lacrymal *inférieur*, le tranchant du couteau, tourné en arrière et en haut, on aura souvent vite raison de la blépharite, traitée ensuite *localement*, comme je vais l'indiquer. Une obstruction réclame un traitement plus difficile, rentrant dans la chirurgie spéciale. Cependant, tout praticien, pourra, à l'aide de la seringue d'Anel, pratiquer des injections d'eau tiède par le point lacrymal inférieur.

Les anomalies de la réfraction seront corrigées suivant les cas, et la conjonctivite traitée comme nous le verrons plus tard.

J'arrive au traitement *local* variable suivant que l'on a affaire à la blépharite *simple* ou *glandulo-ciliaire*.

1° *Blépharite simple*. Quand il y a hypersécrétion des glandes sébacées, les bords libres seront lavés très souvent et nettoyés minutieusement, avec l'eau chaude légèrement savonneuse ou additionnée de sous-carbonate de soude. S'il y a, au contraire, rétention du liquide sébacé par obstruction des conduits excréteurs, l'ablation de quelques cils peut être nécessaire ; quelques auteurs, pour désobstruer ces conduits, ont aussi conseillé la pommade à la *tuthie* porphyrisée. Dans ce cas, la blépharite étant due au contact irritant des larmes, la première indication est de remplacer le vernis protecteur par un corps gras qui ne puisse rancir au contact de l'air, la *vaseline* par exemple.

Je ferai observer que les corps gras sont toujours nuisibles toutes les fois que les parties enflammées sont le siège de la plus petite ulcération. Le bord libre des paupières est-il simplement le siège de rougeur ou de poussières épidermiques (blépharite pityriasique) ? il faut, matin et soir, à l'aide d'un pinceau, étendre sur les parties malades un peu de la mixture suivante :

Huile d'amandes douces. } ãã 5 grammes.
Huile de cade. }

Plus tard, quand l'inflammation aura cédé, le malade appliquera, au niveau des cils, gros comme une tête d'épingle (pour chaque paupière), de la pommade au précipité rouge au 1/100 : soit :

Précipité rouge, cinq centigrammes.
Vaseline, cinq grammes.

Les excoriations et les ulcérations superficielles seront traitées par les astringents, tannin, sous-acétate de plomb liquide, sulfate de zinc, sous forme de solutions très faibles (1 gr. pour 100 ou 200 grammes d'eau distillée). Le nitrate d'argent à la même dose sera aussi utilement employé.

Les démangeaisons, parfois si pénibles dans cette forme de blépharite, seront combattues par la poudre de calomel dont on saupoudrera les bords palpébraux.

2° *Blépharite glandulo-ciliaire*. Les croûtes ayant été enlevées à l'aide d'émollients, de cataplasmes de fécule de riz et de la pince à curette, on trouve des ulcères en cupule, des bulbes pileux enflammés et les cils atrophiés et déviés. Il faut commencer par pratiquer *l'épilation* des *cils malades*. Certains médecins ont fait de l'épilation *générale* le traitement de la blépharite, mais, actuellement, cette manière de faire est presque abandonnée. L'arrachement se borne aux cils mal implantés, déviés vers la cornée qu'ils irritent, et ne se répète qu'à des intervalles de quelques jours. On se sert d'une pince spéciale et il faut, autant que possible, saisir chaque cil isolément, très près de son point d'implantation, en évitant de pincer ou de frotter les parties voisines toujours enflammées et prêtes à saigner au moindre contact. On fera sagement de couper les autres cils tout près de leur base, car ils acquièrent ainsi plus de solidité et ne peuvent plus s'agglutiner ; d'un autre côté, les croûtes se détachent plus facilement.

Puis, on cautérisera les ulcérations isolées et profondes au moyen d'un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe très effilée, en ayant soin de neutraliser immédiatement l'action du caustique, à l'aide d'un pinceau imbibé d'eau salée. Cette cautérisation sera faite deux fois la semaine. Des compresses imbibées d'une solution de *nitrate d'argent* (1 gramme pour 200 grammes d'eau distillée) seront appliquées chaque jour sur les ulcérations plus étendues et moins profondes. Une fois l'épiderme reproduit, et l'inflammation tombée, en même temps que le gonflement, on aura recours à l'*huile de cade* ou à la pommade au *précipité rouge*.

L'hypertrophie considérable et permanente du bord libre des paupières sera utilement combattue par la rétraction cicatricielle consécutive aux petites plaies multiples produites par le scarificateur ou l'aiguille à tatouage, et cautérisées ensuite par une solution très forte (1 gr. pour 5 ou 10 gr.) de nitrate d'argent, aussitôt que l'écoulement sanguin a cessé. Dr S. BAUDRY (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale

2e PARTIE. — TREIZIÈME LETTRE

MÉDECINE ET PHARMACIE

Nous pensions pouvoir laisser de côté cette question spéciale pour revenir à l'exercice de la médecine, qui doit nous occuper un peu : Messieurs les pharmaciens nous faisant l'insigne honneur de s'occuper de nous, il est juste que nous leur rendions la politesse et que nous leur consacrions quelques lignes de réponse.

Dans *l'Union pharmaceutique*, M. E. F. publiant un article sur *la presse médicale et le projet de loi sur la pharmacie*, après avoir cité quelques journaux, arrive au *Concours*, car c'est à nous « qui évidemment n'avons pas étudié la question, » que revient le don de mettre en mouvement la bile du rédacteur.

M. E. F. parle des spécialités — on sait comment, au point de vue de la révision de la législation, nous envisageons cette question : nous demandons pleine et entière liberté, et déclarons repousser toute mesure qui porterait atteinte à cette liberté, — on croirait peut-être que le *Concours* va se trouver, une fois par hasard, d'accord avec le journal pharmaceutique..... Ah bien, oui ! on reproduit les quelques lignes qui vont donner une certaine force à notre argumentation, puis on supprime cette argumentation pour passer à un autre ordre d'idées !

De quoi s'agit-il dans l'article de M. E. F. ? De prouver que nous voulons supprimer les pharmaciens et détruire la pharmacie. — Eh bien, chers confrères, surmontez votre ennui et lisez tout au long cet article que je reproduis *sans en omettre une ligne* :

Dans le *Concours médical*, M. le Dr Gassot publie une série de lettres sur la révision de la législation médicale, et se trouve naturellement amené à parler des médicaments et de ceux qui les vendent. Il n'est pas inutile peut-être, de mettre en lumière quelques passages caractéristiques de sa dernière lettre. Ils touchent à quelques points qui intéressent les rapports entre médecins et pharmaciens et montrent le degré de considération dont nous honore une partie du corps médical.

« On attaque beaucoup, depuis un certain temps, le
« principe de la spécialisation des médicaments, et
« ce n'est pas dans le monde des pharmaciens qu'on
« malmène le moins les spécialités du voisin. La li-
« gne de conduite adoptée par le *Concours*, en ma-
« tière de spécialités, a été assez nette, elle est assez
« connue de tous, pour qu'on ne nous accuse pas, à
« leur endroit, d'une tendresse exagérée : nous sommes
« de ceux qui les combattent à outrance et peut-être
« sommes nous les seuls qui mettons nos actes en
« accord avec nos paroles. »

Nous interrompons la citation pour prier ceux de nos confrères que la question intéresse, de vouloir bien se reporter au numéro du 1er octobre, page 485, seconde colonne ; nous ajoutions : *Or, nous le disons hautement, rien n'est plus légitime que la spécialisation d'un médicament*, et nous nous efforcions de justifier notre manière de voir, puis nous disions enfin : *Nous admettons la spécialisation de tous les produits inscrits au Codex, de ceux dont la formule a été approuvée par l'Académie de médecine, de ceux enfin dont la formule est intégralement reproduite sur l'étiquette qui les accompagne. Nous repoussons les remèdes secrets et demandons formellement l'interdiction de leur vente. Nous réclamons enfin, sur ces produits une surveillance sérieuse qui empêche leur vente s'ils sont altérés, et permette de constater qu'ils sont toujours conformes à la formule qu'ils représentent.*

Serait-il indiscret de demander à M. E. F. qui a pris soin de supprimer tout ce passage de notre article, ce qu'il pense de notre manière de voir ? — Mais reprenons notre citation de l'article de M. E. F. et voyons comment il arrange à l'usage de ses lecteurs l'opinion sur la matière de ce *Concours* qu'il est supposé suivre ligne par ligne.

« Dans un précédent numéro du même journal, le Directeur, s'adressant aux adhérents, membres du *Concours* s'exprimait ainsi : « *Nous ne*
« *sommes jamais venus vous dire : recomman-*
« *dez à tort et à travers les spécialités, eaux*
« *minérales, produits divers, établissements,*
« *compagnies adoptés par le* Concours ; *nous*
« *savons que nous parlons à des médecins et*
« *non à des vendeurs de remèdes. Nous vous*
« *avons dit : prenez-les de préférence aux autres*
« *produits similaires, car le Comité d'études*
« *des annonces vous affirme leur bonne qua-*
« *lité, leur action thérapeutique. Dans cette*
« *limite, quel est celui de nos confrères dont*
« *la délicatesse se trouverait froissée par la*
« *conduite que nous lui proposons, que nous*
« *tenons nous-même dans notre clientèle ?*
« *Nous pouvons dire, avec quelque orgueil, que*
« *ce que nous faisons, le plus honorable d'en-*
« *tre nous peut le faire.*
« *On a dit aux personnes qui ont traité*
« *avec nous : vous pouvez être assuré que*
« *votre nom ou votre marque auront la préfé-*
« *rence des membres de la Société, lorsque*
« *votre produit sera jugé par le médecin apte*
« *à rendre service à ses clients.* »

« Que nous dit donc le docteur Gassot ? Le *Concours médical* combat à outrance les spécialités..... qui n'ont pas traité avec lui ; pour les autres il garde toutes ses faveurs.

« Mais poursuivons :

« *Nous demandons, enfin, que les prospectus*
« *qui accompagnent ces produits spécialisés*
« *etc...*

(Voir n° du 1er octobre, page 485, 2e colonne, *in fine*.)

Mais non, honorable M. E. F., ce n'est pas ainsi que nous continuons; vous passez près d'une colonne de notre article; serait-ce, par hasard, qu'elle gênerait votre argumentation ?

Le *Concours*, grâce à la nombreuse correspondance que nos confrères ont bien voulu entretenir avec son Directeur, grâce aussi à l'enquête qu'il a provoquée, a mis le doigt sur l'arche sacro-sainte de la pharmacie; on ne lui pardonnera pas, on cherchera à le faire passer pour absurde et ridicule; on présentera ses rédacteurs comme des gens qui parlent de ce qu'ils ne connaissent pas, — et, pour cela, le moyen sera bien simple, on coupera dans ses colonnes tel ou tel passge tronqué qu'on exploitera.

Nous le demandons de bonne foi à M. E. F., que signifie, dans l'article qu'il publie, le passage que nous avons reproduit?

— Rien absolument, puisque la partie essentielle est supprimée. — M. E. F. voulait-il simplement mettre le *Concours* en contradiction avec lui-même? pourquoi faire entrer ce point dans un article sur l'attitude de la presse médicale sur la loi réglant l'exercice de la pharmacie?

Mais M. E. F. nous permetra de lui faire une petite observation : il a eu tort, puisqu'il tronquait notre article, de ne pas supprimer quelques lignes plus bas cette simple phrase : *en dehors de ces mesures prophylactiques de la santé publique, nous n'admettons aucune restriction. C'est au médecin de distinguer les bons produits des mauvais, d'accorder sa confiance aux premiers et de combattre le seconds.*

C'est là, en effet, notre réponse à M. E. F. C'est au médecin, et au médecin seul, parce que lui seul est compétent, qu'il appartient de juger des mérites d'un produit spécialisé. Le *Concours* n'a fait que dire à ses adhérents : « Voulez-vous que nous choisissions en commun des produits spécialisés dont la valeur soit incontestable, auxquels tous nous puissions accorder notre confiance? Nous ne ferons l'annonce que de ces produits. Si la proposition vous agrée, vous donnerez à ces produits la préférence dans les cas où vous les jugerez utiles. »

Les adhérents du *Concours* ont accepté la proposition et, n'en déplaise à M. E. F., ils ont agi dans la plénitude de leurs droits, sans avoir à rougir en quoi que ce soit de leur conduite et au grand avantage de tous, si, par là, ils peuvent faire rentrer dans l'obscurité d'où elles n'auraient jamais dû sortir toutes ces préparations innommées dont vous, pharmaciens, vous encombrez vos offioines !

Nous n'avons pas l'honneur de connaître M. E. F.; mais s'il a préparé, lui aussi; quelque spécialité, nous pouvons l'assurer qu'il n'aurait pas à rougir de la voir figurer à côté de celles que nous recommandons. — Qu'il n'aille pourtant pas croire que nous voulions engager une affaire et que nous lui proposions une annonce ! — Il est toujours bon d'éviter les équivoques possibles.

Plus loin M. E. F. discute la question des prospectus. Nous avions dit :

Nous demandons enfin que les propectus, qui accompagnent ces produits spécialisés, soient stricment réduits aux seules considérations pharmacologiques qui militent en faveur de la forme pharmaceutique adoptée ou de sa spécialisation, qu'en un mot, ces propectus soient des propectus de pharmacie et non des traités de thérapeutique à l'usage du public.

M. E. F. ajoute :

Donc voilà qui est clair : interdiction formelle au pharmacien de rappeler, même sommairement, sur une étiquette ou un prospectus les applications thérapeutiques du médicament qu'il prépare, mais licence, etc.....

De quel droit le pharmacien se plaint-il qu'on lui interdise de parler thérapeutique alors qu'il n'en connaît pas le premier mot? — Vous protestez, M. E. F? Lisez tel prospectus où les capsules de goudron sont vantées dans les inflammations aiguës de la muqueuse bronchique ! Lisez tel prospectus accompagnant une préparation de perchlorure de fer où ne figurent que les propriétés reconstituantes du fer ! Et combien d'autres ne pourrait-on citer?

Nous aimons à croire que dans cette discussion vous voulez être de bonne foi, reconnaissez donc vous-même que médecine et pharmacie sont deux sciences qui se complètent l'une l'autre, et qu'on n'a pu séparer que par une conception erronée; reconnaissez donc que l'unification du diplôme et la liberté absolue pour tous les diplômes serait à l'avantage de tous; reconnaissez, enfin, qu'il ne s'agit ni de la suppression des pharmaciens ni de la plus élémentaire des soustractions, mais qu'il s'agit d'établir un état de choses solide et durable qui termine l'interminable et inévitable querelle des pharmaciens et des médecins.

Vous voulez bien nous dire, en terminant, que nous ne connaissons pas la question et que vous êtes, par contre, éclairé de longue date. — Nous ne discuterons pas le premier point que nous vous concédons s'il est besoin ; sur le second, nous ne serons pas moins d'accord, nous vous croyons très éclairé, trop éclairé même : vous comprenez en effet que votre cause est bien malade, et qu'on ne saurait guère la défendre qu'en faisant passer ses adversaires pour des hommes inintelligents.

C'est un procédé de discussion trop commode pour que M. E. F. en use habituellement; nous attendrons qu'il ait opposé des *raisons valabler* aux idées que nous soutenons sur la matière, pouà juger l'importance que nous devons accorder à son argumentation. Dr A. Gassot (*de Chevilly*).

II

LE SERVICE DE SANTÉ EN TUNISIE

Nous avons publiée *in extenso*, dans notre dernier numéro, l'article plein de terribles révélations que notre confrère M. le Dr *Lereboullet* consacrait à cette question, dans la *Gazette hebdomadaire*. Presque en même temps paraissaient,

au *Journal officiel*, des documents destinés à faire croire que rien ne laissait à désirer dans le service de santé de notre corps expéditionnaire.

Dans un second article, notre confrère discute les affirmations du *Journal officiel*, et démontre clairement le peu de cas que nous devons en faire. Nous ne pouvons malheureusement pas, à cause de sa longueur, reproduire toute cette discussion si bien étudiée et si convaincante; mais nous ne pouvons nous dispenser de faire connaître à nos lecteurs les conclusions que pose M. Lereboullet, et qui résument fort bien la question.

En résumé, l'administration de la guerre, par cette publication si étrange à tous égards, a assumé la plus grave des responsabilités. En interdisant, dès le début de la campagne, aux médecins de l'armée de correspondre directement avec le Conseil de santé, elle les a presque obligés à ne point signaler tous les faits médicaux qui auraient pu faire prévoir et, par conséquent, prévenir l'extension d'une épidémie redoutable. En confiant la direction du corps de santé à de jeunes adjoints à l'Intendance, peu au courant des besoins d'un service qui exige un ensemble de connaissances techniques difficiles à acquérir, elle n'a pu empêcher de se produire les tristes faits que nous avons dû signaler. On nous a objecté, il est vrai, que l'Administration centrale de la guerre avait fait préparer, qu'elle avait expédié en Algérie et en Tunisie tous les médicaments, toutes les fournitures, tous les moyens de transport nécessaires à une longue et laborieuse campagne et qu'elle ne devait point, dès lors, être considérée comme responsable d'un désordre qui dépend surtout d'une mauvaise répartition des ressources mises à la disposition du corps expéditionnaire. On nous a dit aussi que les faits que nous avons signalés n'avaient pas été observés en même temps sur tous les points du territoire de l'Algérie et de la Tunisie, et qu'il serait inexact de les trop généraliser. Bien que, dans les lettres que nous avons publiées, nous retrouvions plus d'une fois cette phrase désolante : « Et c'est la même chose partout, » bien que depuis la publication de notre article, des renseignements complémentaires nous aient fait voir qu'on ne nous a pas trompé, nous n'hésitons pas à reconnaître que plusieurs hôpitaux et quelques ambulances ont été assez bien aménagés, que le service des subsistances n'a pas été toujours aussi déplorablement organisé qu'aux débuts de l'expédition, enfin que, si la répartition des moyens de transport des fournitures et des médicaments avait été mieux ordonnée, bien des accidents auraient été évités. Il n'en reste pas moins démontré que les faits déplorables que nous avons dû citer ne se seraient pas produits si l'on avait, avant l'entrée en campagne, mieux organisé le service de santé.

Or, chacun se rappelle les résistances opiniâtres opposées par M. le général Farre à tous ceux qui se sont efforcés de faire voter la loi sur l'administration de l'armée. Ceux qui nous lisent chaque semaine, n'ont pas oublié ce que nous prédisions alors. Repoussant l'autonomie du corps de santé, retardant par toutes sortes de réticences et de faux-fuyant le vote d'une loi dont la nécessité urgente s'imposait à tous les esprits, M. le général Farre a laissé persister, au début d'une expédition difficile à conduire, un état de choses que l'expérience de nos guerres antérieures avait condamné. Il a pensé que le dévouement, l'intelligence et le zèle incontestés des fonctionnaires de l'Intendance suppléeraient à leur complète ignorance des questions médicales les plus sérieuses. Il ne s'est pas préoccupé de savoir quelles seraient les maladies qui, au mois de juin et juillet, pourraient frapper en Algérie des troupes composées de jeunes soldats, non acclimatés, non habitués à la guerre d'Afrique et surtout prédisposés à la fièvre typhoïde. Il les a pris partout, au nord et à l'est de la France, voire même dans des garnisons où sévissait déjà la fièvre typhoïde. En recevant, s'il les a reçus, les rapports médicaux, il n'a point songé qu'il fallait prescrire immédiatement la désinfection des casernements et des campements où avaient déjà séjourné des typhoïdes et n'y plus laisser parvenir de troupes. Ce qui est plus grave encore, le commandement et l'administration n'ont pas su utiliser, pour établir des hôpitaux temporaires bien aménégés, les ressources mises à leur disposition par le ministère de la guerre. La route de Ghardimaou à Souk-Ahras est de 70 kilomètres. Au début de la campagne et jusqu'à ces derniers jours, elle n'était point carrossable; il eût fallu concentrer à Ghardimaou des cacolets, des litières, des moyens de transport de toute nature; établir sur la route un ou deux postes intermédiaires où les évacués auraient pu recevoir des soins, et surtout rapatrier les hommes débiles ou sous l'imminence du mal, au lieu de défendre de la manière la plus expresse de délivrer des congés de convalescence pour la France. On ne l'a point fait, parce que, nulle part, le service médical n'a été bien dirigé; parce que, chargés de services multiples et de lourdes responsabilités, les fonctionnaires de l'Intendance se sont vus contraints d'assurer, avant tout, la répartition des subsistances ou des moyens de transport nécessaires aux troupes en marche et que, détournés de leur mission par les ordres formels du commandement, ils n'ont pu se dévouer tout entiers aux services des ambulances. L'organisation vicieuse du service de santé en Tunisie prouve donc une fois de plus combien il serait nécessaire de modifier les conditions actuelles de son fonctionnement et, par conséquent, combien il eût été utile de distraire de la loi sur l'administration de l'armée celle qui doit fixer les attributions des médecins militaires et de leur confier la direction d'un service dont seuls ils sont capables de comprendre les besoins. Nous avons souvent émis ce vœu dans les colonnes de ce journal. Puissions-nous être enfin écouté!

L. Lereboullet.

REVUE CLINIQUE

Cirrhose atrophique du foie.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'article très intéressant, et surtout très instructif, publié par notre excellent collaborateur, M. Paul Gerne, sur le *parallèle clinique des cirrhoses* (1). Cet article nous a remis en mémoire une leçon de M. le professeur Hardy publiée, il y a quelque temps, dans le *Praticien*, et qui fait bien ressortir la justesse des considérations présentées par notre confrère. C'est de la *cirrhose atrophique* qu'il s'agit dans ce cas ; nous publierons bientôt, pour compléter le parallèle, une observation de cirrhose hypertrophique.

(1) Voir *Concours médical*, 1881, n° 37.

J'ai à vous entretenir d'un homme de quarante-trois ans qui est resté couché pendant quelque temps dans notre salle Saint-Charles et qui vient de succomber. Cet homme n'avait dans ses antécédents aucune maladie grave, mais on trouvait chez lui des signes évidents d'alcoolisme, et lui-même ne se cachait pas de se livrer habituellement à la boisson. C'est ainsi qu'il avait éprouvé des pituites et des vomiturïtions matutinales, que son sommeil était agité, qu'il avait des cauchemars, et qu'en lui faisant étendre les bras on s'apercevait que ses doigts et même ses mains étaient atteints du tremblement caractéristique. Depuis deux ans il éprouvait un certain malaise, son ventre le gênait et même avait un peu augmenté de volume; mais ce n'est qu'au mois de juillet dernier qu'il commença sérieusement à s'inquiéter de sa santé; son ventre s'était notablement tuméfié, il éprouvait de l'oppression quand il marchait un peu vite ou montait les escaliers. Au mois d'août les jambes commencèrent à enfler à leur tour, et il y avait un contraste frappant entre la partie supérieure de son corps, sa figure, ses bras, sa poitrine qui étaient amaigris et la partie inférieure, siége d'un œdème considérable.

Les troubles digestifs allèrent toujours en croissant; il eut de la diarrhée, des hémorrhoïdes qui saignèrent pendant quelque temps, il éprouva du dégoût pour les aliments et dut se mettre au régime lacté. Mais, malgré ce traitement, ses forces diminuèrent avec rapidité, la dyspnée augmenta, et le 9 novembre il dut se résigner à entrer à l'hôpital où il n'est resté que cinq semaines.

A son entrée, ce qu'on constatait d'abord, c'était l'énorme tuméfaction des membres inférieurs, de l'abdomen et des bourses; si l'on appliquait le doigt sur ces parties œdématiées, il s'y enfonçait et la dépression ainsi produite ne s'effaçait pas immédiatement. En pratiquant la percussion du ventre, on avait la sensation de flot annonçant un liquide libre dans la cavité péritonéale. On trouvait de la matité en bas, et en haut, au contraire, de la sonorité, séparée par une courbe à concavité supérieure; c'était donc bien une ascite. Mais une ascite idiopathique est une rareté qu'il ne faut admettre que lorsqu'on ne peut absolument pas faire autrement; le plus ordinairement, l'ascite est un symptôme ou une conséquence, et c'est surtout aux affections du foie qu'elle est liée. Pour mesurer le foie de notre malade, nous l'avons fait coucher sur le côté gauche, c'est une précaution indispensable sans laquelle il est impossible d'arriver à aucun résultat précis, car on risque de confondre la matité due au liquide ascitique avec celle de l'organe qu'on explore. Or, non seulement notre exploration ne nous a pas montré d'augmentation de volume du foie, mais nous avons constaté que, loin de déborder les fausses côtes, son bord inférieur était, au contraire, remonté à deux travers de doigt au-dessus. L'examen de la rate, exécuté en faisant coucher le malade sur le côté droit, nous apprit qu'elle était notablement augmentée de volume.

La respiration était gênée, et la percussion démontrait que la sonorité due au poumon était moins étendue qu'à l'état normal, le champ respiratoire était rétréci; il y avait même une telle diminution du côté gauche, que nous pensâmes qu'il existait un peu de pleurésie; c'est ce que l'autopsie nous démontra en effet. On entendait aussi à l'inspiration et à l'expiration quelques râles sibilants, indices d'une bronchite concomitante. Les urines ne présentaient pas d'altération bien notable comme couleur, quantité et composition; cependant au bout de quelques jours elles devinrent rouges et épaisses. Voici, au surplus, la moyenne de trois analyses :

		Au lieu de		
Quantité en 24 heures	850 gr.	1250	à l'état	normal.
Densité	1027 »	1020	»	»
Matériaux solides	37.20	50	»	»
Urée	10.80	16 à 20	»	»
Chlorures	3.10	8 à 10	»	»
Acide phosphorique	1.30	1.50 à 2	»	»

Cet homme était donc atteint d'une cirrhose d'origine alcoolique. Il y a trois sortes de cirrhoses : atrophique, hypertrophique et cardiaque. Cette dernière dépend de la stase du sang qui ne peut revenir dans le ventricule droit et dans la veine cave inférieure. Ici, le doute n'est pas même permis, c'est une cirrhose atrophique, ainsi que nous le prouvent la diminution du foie, l'ascite et l'absence d'ictère. C'est bien la cirrhose des ivrognes, caractérisée par l'atrophie des cellules hépatiques enserrées et étouffées par le tissu conjonctif.

Cette cirrhose atrophique est une maladie qui ne pardonne pas, et qui même tue à assez brève échéance; elle est plus mauvaise que la cirrhose hypertrophique qui laisse vivre les malades pendant plusieurs années. Contre elle, nous sommes à peu près désarmés et ne possédons aucune médication efficace. L'iodure de potassium, qui est un puissant fondant du tissu conjonctif, n'agit guère plus que la médication lactée, si utile contre d'autres hydropisies. Cependant, il est un certain nombre de palliatifs : ainsi, cet homme étouffait par suite du refoulement du diaphragme qui diminuait son champ respiratoire. Nous avons fait une première ponction et extrait de la cavité péritonéale environ onze litres de liquide citrin, séro-albumineux; il en restait encore, car il ne nous avait pas paru prudent de vider le tout en une seule fois. Et à cause de cela, nous pûmes constater un phénomène singulier, l'ouverture du trocart ne se ferma pas pendant quelques jours, et la sérosité s'écoula d'une façon constante, et même produisit une irritation de la peau, quelques pustules d'ecthyma et des furoncles.

Le malade fut soulagé par cette ponction; mais un phénomène fâcheux ne lui donna pas toute son efficacité ordinaire; le plus souvent, il se produit alors une diurèse abondante et les extrémités inférieures dégonflent ainsi que le scrotum. Cet effet n'eut pas lieu, et nous dûmes même faire des piqûres aux bourses afin de diminuer la tension de la peau.

Le liquide se reproduisit en abondance, et une dizaine de jours après la première ponction, on

dut en faire une seconde qui fit encore sortir 10 à 11 litres de sérosité. Comme cette fois-ci, la cavité péritonéale avait été plus complètement débarrassée, les membres inférieurs diminuèrent un peu; néanmoins, il fallut en pratiquer une troisième, environ dix à douze jours après la précédente. Le malade tomba alors dans la prostration, et il survint même chez lui un phénomène rare dans la cirrhose atrophique, je veux parler de l'ictère. En même temps que sa langue se séchait, que l'intelligence et la force musculaire s'affaiblissaient, les conjonctives et la peau de la face prenaient une teinte jaunâtre. Etait-ce un ictère hémaphéique ou cachectique ? Nous trouvâmes dans l'urine des matières colorantes de la bile; avec l'acide nitrique, on avait une coloration verte, et le chloroforme dissolvait l'indican qui y était contenu. Ce fait nous prouvait, en tous cas, qu'il restait un certain nombre de cellules hépatiques fonctionnant encore.

Quoi qu'il en soit, notre malade succomba rapidement, plus rapidement que ne le font d'habitude ceux qui sont atteints de cette même affection. L'autopsie eut lieu quarante heures après la mort: le cadavre était infiltré, toute trace de rigidité cadavérique avait disparue, l'abdomen était couvert de varicosités; à son ouverture il s'écoula une dizaine de litres de liquide d'une coloration verdâtre due à l'ictère qui était apparu dans les derniers jours. Le péritoine était couvert de plaques laiteuses comme on en observe toutes les fois qu'il y a eu irritation chronique de cette séreuse. Le foie était complètement caché par les fausses côtes. Son volume était à peu près des deux tiers de ce qu'il est à l'état normal, mais, malgré cela, il pesait 1700 grammes, ce qui tenait à la densité du tissu de nouvelle formation. On voyait très nettement que sa surface de couleur grisâtre était sillonnée de dépressions et de saillies dues à la péri-hépatite qui a comblé les vides entre les granulations de la cirrhose. A la coupe, les vaisseaux ne s'ouvraient pas, le foie était sec; on distingue quelques points jaunes bruns constitués par du parenchyme altéré.

La cirrhose alcoolique est péri-lobulaire, son développement est extrêmemeni lent. Il n'y a que du tissu conjonctif dans les espaces interlobulaires, c'est des vaisseaux et des espaces-porte que part la prolifération conjonctive constituée en somme par une péri-phlébite. Les lésions microscopiques commencent des années ayant l'apparition des symptômes cliniques, et surtout avant qu'il y ait l'ascite; cela tient à ce que dans ce tissu conjonctif il y a très peu d'éléments embryonnaires et que la rétraction se fait très lentement.

Dans le cas actuel, il y a aussi des lésions de la substance hépatique, non seulement une atrophie des cellules, mais encore une dégénérescence granulo-graisseuse, la graisse se montre sous forme d'un picté granulo-graisseux dans les cellules qui subsistent encore, et non sous sa forme ordinaire de gouttelettes. De sorte que chez le malade dont voici les pièces, il y avait cirrhose aiguë et hépatite parenchymateuse, ayant duré quelques jours, ce qui peut nous expliquer l'ictère des derniers moments.

Dans la cirrhose hypertrophique, on a, non une périphlébite, mais une péri-angio-colite biliaire chronique; ce sont les canaux biliaires et le tissu cellulaire de leurs parois qui sont le point de départ de l'affection, et non les parois des vaisseaux sanguins comme dans la cirrhose atrophique.

CHRONIQUE

La fièvre jaune.

AU SÉNÉGAL. — Le minitre de la marine et des colonies a reçu les nouvelles suivantes :

Saint-Louis, 11 octobre.

L'état sanitaire s'étant amélioré, je ne vois aucun inconvénient à faire partir, par le paquebot du 20 octobre, les 26 officiers ou assimulés qui doivent servir dans le haut fleuve. Si les médecins ne sont pas partis le 5 octobre, il faut les faire partir le 20. Pas de décès de fièvre javne depuis le 3 octobre. Le fléau paraît vouloir nous quitter, mais nous avons beaucoup de malades atteints de fièvres paludéennes, bilieuses ou autres.

En résumé, l'état sanitaire est encore mauvais, mais je compte sur une amélioration sensible d'ici u mois.

N. B. — Les maladies signalées sont celles qui accompagnent toujours les inondations, qui finissent en octobre; elles disparaissent généralement en novembre. On peut donc dire que l'état sanitaire de la colonie est plus satisfaisant.

A LA MARTINIQUE. — L'état sanitaire s'est amélioré. Le 22 août, il n'y avait qu'un seul malade à Fort-de-France et à Saint-Pierre. Du 9 au 22 septembre, il y a eu à Saint-Pierre cinq à six malades et un seul décès à Fort-de-France, on fait observer une quarantaine rigoureuse à toutes les provenances de Bombarde, de Demerari et de la Havanc.

Le choléra.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'adressez à M. le directeur de la santé au Havre une dépêche où nous lisons :

« Un télégramme officiel adressé d'Alexandrie à Londres annonce l'invasion du choléra parmi des pèlcrins déjà réunis à la Mecque.

Je ne saurais trop insister auprès de vous sur la gravité de cette nouvelle, qui impose au service sanitaire le devoir de redoubler de zèle et de vigilance. Vous devrez vous montrer très attentif à toutes les provenances de l'Egypte et de la mer Rouge, et, le cas échéant, appliquer avec la plus grande rigueur les prescriptions règlementaires contre le choléra.

Vous voudrez bien m'adresser, « sans aucun retard, » toutes les communications qui seraient de nature à éclairer mon admisnistration sur la marche du terrible fléau. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du *Concours médical.* M. le D[r] *Firmin Guy*, chevalier de la Légion d'Honneur, ancien Conseiller général et maire de la ville, décédé à Cluses (Haute-Savoie) à l'âge de soixante-quinze ans; M. le D[r] *Lemoine*, de Nancy.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

5 Novembre 1881 — 3me Année. — N° 45

SOMMAIRE

BULLETIN

Nous avons fait connaître à nos lecteurs la très intéressante communication que M. *Guéniot* avait faite à l'Académie, dans l'avant-dernière séance : il s'agissait des *méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus*. Les cas de polypes utérins se rencontrent fréquemment dans la pratique médicale, et il n'est pas de procédé opératoire qui soit applicable dans toutes les circonstances. C'est donc une question que le praticien a souvent à se poser et qu'il n'est pas toujours facile à résoudre : on peut juger de l'importance que les chirurgiens lui reconnaissent par l'ardeur que les plus autorisés d'entre eux ont apportée à la reprise de cette discussion qui a eu lieu dans la dernière séance. Les différents orateurs, qui se sont succédé à la tribune, se sont livrés à un examen approfondi de la question, chacun d'eux faisant connaître loyalement les résultats de sa propre expérience. Aussi le débat a-t-il été des plus instructifs et nos lecteurs nous sauront gré de le leur faire connaître en détail : ils ne manqueront pas d'en tirer des enseignements utiles pour leur pratique.

M. *L. Labbé* reproche à M. Guéniot d'avoir laissé dans l'ombre le côté nouveau de la thérapeutique chirurgicale des polypes utérins. Aujourd'hui on se préoccupe surtout d'éviter les accidents infectieux : c'est pourquoi toute opération lente, à temps successifs, ayant pour but la destruction d'une production morbide par gangrène ou par suppuration, doit être laissée de côté. C'est ainsi que la méthode de Levret, pour le traitement des polypes utérins, la ligature, qui consiste, comme on sait, à amener la chute lente, progressive, de la tumeur, est complètement abandonnée. Il est cependant un procédé moderne qui s'en rapproche beaucoup par certains côtés : c'est la ligature élastique, préconisée par certains chirurgien éminents. Quant à moi, dit l'orateur, je ne l'accepte pas, et je lui fais le même reproche qu'à la méthode de Levret, c'est d'agir avec trop de lenteur. Il y a, dans ce procédé, des éléments d'infection; il est donc du devoir du chirurgien d'agir plus rapidement, si la chose est possible, et elle l'est.

L'excision, bien que défendue par des chirurgiens très autorisés, me paraît également devoir être rejetée; elle a pour inconvénient, à mes yeux, d'ouvrir parfois des vaisseaux importants et d'exposer à des hémorrhagies. Il est une opération mixte, l'excision combinée avec la cautérisation ponctuée, qui me semble acceptable; mais mieux vaut encore ne recourir qu'à un seul temps de cette double opération. Quant à l'écraseur linéaire, quelque admiration d'ailleurs que je professe pour son inventeur, je n'en comprends l'emploi que dans certains cas précisément analogues à celui de M. Guéniot, où le pédicule est parfaitement accessible et facilement abordable ; où l'opération, en un mot, est des plus simples et des plus faciles. Mais il est une variété de polypes utérins dont il faut s'inquiéter : ce sont ces polypes fibreux, volumineux, qui s'insèrent, par une large implantation, sur le fond même de l'utérus, l'entraînent avec eux, en descendant dans le vagin, et déterminent ainsi une véritable inversion, un renversement plus ou moins complet de l'utérus. L'emploi de la chaîne de l'écraseur, dans ces

cas, peut être des plus dangereux, et il faut que les eunes chirurgiens sachent bien que cette chaîne d'éeraseur attire les tissus, peut en conséquence englober dans son anse le fond même de l'utérus et qu'ils risquent ainsi d'en amener la perforation et de voir les intestins sortir par le fond de la plaie, comme cela est arrivé un trop grand nombre de fois. Le choix de l'instrument à employer est donc ici de la plus haute importance. Pour ces polypes, à base large, s'insérant sur le fond même de l'utérus, l'écraseur linéaire doit être laissé de côté. Le serre-nœud serait plutôt applicable : il offre cet avantage qu'on peut se le procurer partout; mais je lui préfère de beaucoup l'anse galvanocaustique. Là, en effet, où vous placez cette anse, elle fait sa section, de telle sorte que vous savez toujours exactement où vous agissez. En outre, la section obtenue par cet instrument est nette et absolument sèche. Quand vous avez bien placé votre anse sur le point que vous voulez sectionner et bien perpendiculairement à l'axe de la tumeur, vous faites passer un courant très faible pour porter l'anse au rouge sombre, et vous sectionnez lentement votre tumeur sans provoquer la moindre hémorrhagie, contrairement à ce qui aurait lieu si vous portiez l'anse au rouge blanc.

C'est donc au galvanocautère qu'il faut recourir dans les cas surtout où il s'agit de tumeurs volumineuses et vasculaires. Cet instrument m'a rendu, tout récemment encore, les plus grands services dans un cas où il s'agissait d'un volumineux polype implanté sur le fond de l'utérus, chez une femme d'un certain âge, mais qui avait conservé les organes génitaux d'une jeune fille, de telle sorte que l'introduction de la main était des plus difficiles. J'ai dû enlever la tumeur par morcellement avec l'anse galvanique, en me servant du spéculum de Sims qui, dans ces circonstances, rend également les plus grands services. J'ajouterai que, avant comme après l'opération, j'ai recours à toutes les précautions de la méthode antiseptique.

M. *Verneuil.* Il y a huit jours, nous entendions un premier réquisitoire contre l'écraseur linéaire; aujourd'hui nous venons d'en entendre un second, plus violent encore que le premier. Je suis entièrement opposé à mes deux collègues. M. Guéniot, tout en déclarant que l'écraseur est un bon instrument, y trouve de sérieux inconvénients; M. Labbé l'accuse d'avoir commis des désastres en ouvrant le fond de l'utérus. Les cas de renversement complet de l'utérus déterminé par la présence d'un polype sont extrêmement rares et même exceptionnels. Je ne connais qu'un cas de mort publié par M. Tillaux à la Société de chirurgie ; je demanderai donc à M. Labbé de nous donner des renseignements bibliographiques plus complets sur les cas malheureux auxquels il a fait allusion. M. Labbé nous propose l'anse du galvanocautère. On connaît mon opinion sur l'anse galvanocaustique; il fut même un temps où nous étions seuls, Broca et moi, à l'employer. Je ne suis donc pas l'ennemi de cet instrument, loin de là. Mais, à partir du moment où j'ai pu tenir d'une main l'écraseur et de l'autre le thermocautère, je n'ai plus eu besoin de l'anse galvanique. Combien y a-t-il de pays en France où l'on puisse trouver un galvanocautère? Il faut songer que nous ne sommes pas seulement des opérateurs, mais aussi des instructeurs, et que nous devons tenir compte des conditions dans lesquelles doivent se trouver la plupart de ceux que nous instruisons; il ne faut donc pas abandonner l'écraseur linéaire. J'ajouterai que, pour l'ablation des polypes utérins, l'anse galvanocaustique est plus difficile à manier que l'écraseur, qu'en outre, elle ne met pas plus sûrement à l'abri d'accidents hémorrhagiques et infectieux. On doit donc lui conserver la prééminence pour l'ablation des polypes utérins. M. Guéniot dit que l'anse métallique est plus facile à introduire que la chaîne d'écraseur. Je ne suis pas de son avis, surtout si l'on emploie la chaîne si heureusement modifiée par M. Després (de Saint-Quentin), ou si l'on a soin, comme je le fais, de la rendre rigide en l'entourant d'un fil de fer en spirale qui l'oblige à rester béante. On répond ainsi aux justes desiderata exprimés par M. Guéniot relativement à l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces polypes. Je me résumerai donc en disant que l'écraseur linéaire, avec les modifications dont j'ai parlé, constitue le meilleur instrument pour ces opérations, qu'il est d'une introduction facile et qu'il n'offre aucun danger.

M. *Gosselin.* Je laisserai de côté, dans l'intéressante communication de M. Guéniot, cette importante particularité de l'intervention chirurgicale pendant l'état de grossesse ; je laisserai de côté également les volumineux polypes qui remplissent la cavité vaginale et nécessitent le morcellement pour leur ablation, comme dans le cas dont a parlé M. Labbé; je ne m'occuperai que des petits polypes qui font saillie dans le vagin. Sans vouloir exagérer avec M. Guéniot les avantages du serre-nœud de Maisonneuve, avec M. Labbé ceux du galvanocautère, avec M. Verneuil ceux de l'écraseur linéaire, je dirai que tous ces instruments sont bons, mais que je préfère encore l'excision avec les ciseaux. On s'effraie à tort de l'hémorrhagie; on en a très rarement avec les ciseaux : sur 50 opérations de polypes utérins que j'ai faites avec les ciseaux, je n'ai eu qu'une seule hémorrhagie, facilement arrêtée d'ailleurs par le tamponnement. Je rappellerai, à cette occasion, que les pertes sanguines qu'ont les femmes atteintes de polypes viennent, non pas du polype lui-même, mais de la muqueuse utérine congestionnée. L'excision de la masse polypeuse ne saurait donc entraîner des dangers sérieux d'hémorrhagie. Ce qu'il faut surtout chercher à éviter, ce sont les accidents septiques qui doivent préoccuper le chirurgien bien plus que l'hémorrhagie dans ces cas. Nous possédons aujourd'hui des moyens sûrs d'éviter ces accidents. Pour parer à l'inconvénient signalé par M. Guéniot, à la traction de l'utérus lui-même, nous

avons la pince de Museux qui remplit ce double office d'immobiliser le polype et de tendre un peu le pédicule. Sans condamner aucun des instruments dont il a été question, je donne la préférence à la simple excision avec des ciseaux, en maintenant la tumeur avec la pince de Museux.

M. *Trélat.* J'ai éprouvé un plaisir toujours croissant en entendant ceux de mes collègues qui viennent de se succéder à cette tribune. Je partage entièrement l'opinion de M. Gosselin. Sans vouloir discuter ici les avantages et les inconvénients de la torsion préconisée par M. Richet, du serre-nœud de Maisonneuve, de l'écraseur linéaire, du galvanocautère, je dirai que chacune de ces méthodes opératoires a ses indications et ses contre-indications, que chacun de ces instruments possède des facultés spéciales que nous devons bien connaître, que ces divers modes opératoires sont applicables à des circonstances déterminées. La difficulté n'est pas dans le choix de l'instrument ou de la méthode opératoire; elle est dans la nécessité de faire préalablement un diagnostic exact, de se rendre compte du siège exact, du volume, du véritable point d'implantation de la tumeur. Pour les petites tumeurs, tous les procédés sont bons; pour les tumeurs moyennes, l'excision avec les ciseaux est avantageuse.

Mais, là où surgissent les difficultés, sans parler encore des tumeurs si volumineuses qu'elles ne peuvent être enlevées que par le morcellement, c'est en présence de ces tumeurs à développement lent, n'ayant pas encore franchi le col utérin et nécessitant une intervention prompte parce qu'elles mettent la vie des malades en danger par les hémorrhagies qu'elles entraînent. Que sont ces tumeurs ? où siègent-elles ? où est leur pédicule ou leur point d'implantation? Ne renferment-elles pas de gros vaisseaux ? J'en ai trouvé du volume du petit doigt; la paroi utérine n'est-elle pas amincie? Et ici nous trouvons l'explication des désastres signalés par M. Labbé. Telles sont autant de questions à résoudre avant de fixer le choix du procédé opératoire, car il en est, de ces tumeurs, qui défient toutes les méthodes. La difficulté n'est donc pas instrumentale. Avec l'écraseur, avec le galvanocautère, avec le thermocautère, avec l'anesthésie, avec les moyens antiseptiques, nous jouissons de ressources variées, puissantes et précieuses; mais ce qui reste difficile et ce qui demande de l'expérience, de la lecture et de l'observation clinique, c'est d'arriver à déterminer, préalablement à toute intervention, le siège, le volume, la profondeur, la pédiculisation des corps fibreux utérins. Je me résumerai donc en disant que, dans la chirurgie des corps fibreux intra-utérins, la difficulté n'est pas d'ordre instrumental, mais réside dans le diagnostic.

M. *Tillaux.* Dans la communication de M. Guéniot, il ne s'agit que de polypes sortis de la cavité utérine, ayant franchi le col utérin, et non de tumeurs fibreuses intra-utérines. Il faut distinguer les premiers en deux catégories, ceux qui s'implantent sur le fond de l'utérus, et ceux qui s'implantent sur l'une des parois du col. Lorsqu'ils s'implantent au fond de l'utérus, ils peuvent renverser celui-ci en cul-de-bouteille, de telle sorte qu'il n'y ait plus de ligne de démarcation entre le polype et l'utérus renversé. C'est là une variété de polypes très importante, car pour celle qui s'implante sur une paroi du col il n'y a aucune difficulté. C'est dans un cas de l'autre variété que j'ai eu recours une fois à l'écraseur et que j'ai déterminé une perforation du fond de l'utérus. Je me crois donc autorisé à dire : dans les cas où ces polypes ne sont pas parfaitement pédiculisés, ne vous servez jamais de la chaîne d'écraseur, ni d'aucune autre chaîne ou serre-nœud. N'endormez jamais les malades dans ces cas, et vous aurez un renseignement très précieux tiré de la sensibilité : tant que la malade sentira, vous serez sur la muqueuse utérine ; à partir du moment où elle cessera de sentir, vous serez sur le polype, car les polypes fibreux de l'utérus sont tout à fait insensibles. Alors seulement vous pouvez sectionner.

Un de nos confrères, auquel nous avions demandé des renseignements au sujet des *accidents vaccinaux* de l'hôpital du Dey à Alger, a bien voulu nous envoyer les détails suivants :

« Dans les derniers jours du mois de décembre précédent, huit cents zouaves du nouveau contingent furent désignés pour la revaccination. Huit enfants vaccinifères, choisis à cet effet, fournirent le vaccin nécessaire. Dans les délais ordinaires de l'incubation syphilitique, cinquante-huit hommes présentèrent, aux points d'inoculation, l'*ulcération spécifique dont le diagnostic fut promptement établi.*

« Quoi qu'on en ait dit, tous ces malades ont reçu les soins nécessaires ; ils n'ont point été confondus avec les vérolés ordinaires et *tous sont signalés pour l'avenir, comme leurs camarades blessés au service de la patrie, pour recevoir, en tout temps, les soins et les compensations que pourra réclamer l'accident regrettable dont ils ont été victimes.*

« Au point de vue de la gravité des manifestations, il ne s'est rien produit d'insolite; on a compté des cas bénins et des véroles graves, dans les proportions habituelles; du reste, en Algérie, ces dernières sont peut-être plus rares encore qu'en France, comme l'expérience me l'a appris depuis longtemps.

« Quant aux huit vaccinifères, sept ont pu être retrouvés; ils étaient sains. Le dernier, un nourrisson espagnol, je crois, a échappé à toute recherche. »

Ainsi nous avons eu raison de regarder comme

réels les accidents dont nous avions entretenu nos lecteurs, tout en rejetant les détails invraisemblables donnés par certains journaux politiques.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

Du traitement des tumeurs érectiles

Les *nœvi vasculares* ou *angiômes* sont des affections si communes qu'on sera peut-être tenté de nous accuser de banalité en voyant le titre de notre travail. Cependant, bien qu'on puisse trouver dans tous les traités de pathologie externe, la longue liste des moyens mis en usage depuis l'antiquité pour guérir ces altérations vasculaires, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur exposant en détail les procédés que nous voyons tous les jours donner les meilleurs résultats. Il ne suffit pas de connaître beaucoup de moyens pour traiter une maladie, il faut en savoir de bons.

Les néoplasmes formés par la dilatation des petits vaisseaux présentent des variétés très nombreuses ; leur classification a longtemps été poursuivie par les nosologistes. Le réseau vasculaire intéressé comprend les artérioles et les veinules terminales avec les capillaires qui les réunissent ; aussi Roux, dans son article des Tumeurs fongueuses sanguines du dictionnaire en trente volumes, poussant déjà plus loin que Cruveilhier (varices capillaires), reconnaît des tumeurs veineuses et des tumeurs artérielles.

Broca, dans son traité des tumeurs, s'adresse à la clinique pour établir une classification ; pour lui les taches d'un rouge plus ou moins vif sont des tumeurs érectiles artérielles tandis que les bleuâtres sont veineuses. Actuellement tout le monde admet la division proposée par Virchow et admise par Cornil et Ranvier en *angiôme simple* et *angiôme caverneux*, division qui a la grande qualité de ne rien préjuger de l'origine première veineuse ou artérielle de la dilatation ; division essentiellement clinique, car nous allons bientôt voir qu'à chacune de ces variétés d'angiômes il faut opposer un traitement spécial.

L'angiôme simple de Virchow est le *nœvus vascularis planus*, c'est la *tache veineuse* que tout le monde connaît, et que le vulgaire toujours fasciné par l'attrait de fictions romanesques compare à des fruits, des animaux, des constellations célestes, à cause des formes bizarres, déchiquetées et irrégulières qu'elle affecte. Ces taches dont l'étendue peut aller depuis celle d'un grain de millet jusqu'à envahir une partie de la surface du corps, sont tantôt d'un rose vif ou pâle, d'autres fois elles sont d'un rouge foncé ou bleuâtre, ou bien violettes ou encore d'un gris d'acier. Elles peuvent offrir à l'observateur deux manières d'être différentes, tantôt elles sont absolument planes sans relief à leur pourtour et la peau présente un aspect chagriné : c'est la tache vineuse type, *nœvus planus* ; d'autres fois et le plus souvent la plaque fait sur la peau un léger relief, elle devient encore plus saillante au moment des cris, des efforts, de la toux, c'est l'angiôme dans sa forme la plus simple.

Quand la tumeur est bleuâtre, qu'elle offre des bosselures volumineuses, facilement dépressibles avec le doigt, on est en présence de l'*angiôme caverneux*. Rarement cette variété est pure, souvent elle est précédée d'un nœvus simple qui peut encore en couvrir plus ou moins complètement la surface et former ainsi une *tumeur mixte*. L'angiôme caverneux peut atteindre un volume considérable et souvent, comme le faisait observer M. Trélat dans la séance du 27 juillet à la société de chirurgie, ces tumeurs se transforment plus ou moins vite en anévrysmes cirsoïdes.

L'apparition, autour de l'angiôme caverneux, de vaisseaux dilatés et tortueux ; la production de battements irochrones aux pulsations du pouls seront les signes de cette transformation ; on comprend facilement combien ces divers degrés d'une même lésion demandent des traitements spéciaux. Cependant toutes les taches vineuses n'aboutissent pas fatalement à ces transformations ultimes ; chez beaucoup de sujets elles restent stationnaires et c'est ce qui engage beaucoup de praticiens à conseiller à leurs malades de ne rien faire. Nous pensons que toute autre doit être la conduite d'un praticien prévoyant. Il est impossible de savoir, après la naissance ce que deviendra le nœvus simple que présente l'enfant. On sait en effet que souvent ils disparaissent seuls, non seulement durant l'enfance, mais même dans l'âge adulte, et on pourra espérer cette issue favorable, quand il n'y aura qu'une tache sans turgescence, sans changement de niveau. Néanmoins vu la difformité qui pourrait en résulter plus tard et qui, surtout pour une femme, pourrait avoir des conséquences déplorables, il faut, pensons-nous, tenter la guérison. Si, peu après la naissance, les taches tendent à grossir, à gagner en profondeur et en largeur, le pronostic est fâcheux et il faut agir au plus tôt, si l'on veut éviter la transformation en nœvus caverneux.

Pour résumer nos indications, nous pensons que, malgré la disparition spontanée qui peut survenir, malgré les formes stationnaires, il faut *toujours* craindre qu'à un moment donné, le nœvus simple ne devienne caverneux, et le nœvus caverneux, tumeur cirsoïde. *Principiis obsta* est ici le précepte le plus sûr.

Le but du traitement des angiômes est de substituer au nœvus un tissu de cicatrice non vasculaire, soit en enlevant le tissu morbide, soit en le modifiant sur place. C'est un résultat, dira-t-on, bien facile à obtenir ; c'est vrai, mais il faut bien noter que la plupart du temps, les angiômes se montrent sur des parties habituellement découvertes, la face, le crâne, le cou, la poitrine ; il faut donc avoir des moyens pour faire disparaître le vice de conformation, sans produire un tissu de

cicatrice presqu'aussi difforme que l'affection elle-même. En usant des moyens bien choisis, on pourra ainsi rendre un éminent service à des malheureux disgraciés de la nature et mériter leur reconnaissance.

La division anatomique et clinique que nous avons adoptée en angiômes simples et en angiômes caverneux convient aussi à propos des indications thérapeutiques; des moyens différents doivent s'adresser aux nœvi plani et aux gros angiômes caverneux.

On pourrait écrire un volume sur les divers procédés que l'on a mis en usage contre les taches vineuses; mais, bon nombre rentrant dans la classe des méthodes insuffisantes ou qui donnent des cicatrices vicieuses, nous n'en parlerons pas. Pendant nombre d'années, les médecins ont eu pour la *vaccination* des nœvi un engouement véritable.

Nélaton conseillait d'enfoncer à une profondeur d'un millimètre à 1 millimètre 1/2 dans la plaque vasculaire, des épingles trempées dans le virus vaccinal et écartées l'une de l'autre de 1 millimètre. Un éminent chirurgien de province, le docteur Notta (de Lisieux) a publié il y a quelques années, dans l'*Année médicale* de Caen, une série d'observations dans lesquelles il a obtenu de bons résultats par cette méthode. Il avait soin, après avoir enfoncé les épingles, de les laisser en place quelques instants afin de donner le temps à l'absorption de se produire. Mais souvent il arrive que l'écoulement du sang enlevant le virus, le résultat désiré est incomplet; il faut donc recourir à une autre méthode pour achever la cure, car on sait que l'inoculation vaccinale ne saurait réussir une seconde fois.

Le docteur Constantin Paul, médecin des hôpitaux de Paris, a présenté récemment à l'Académie de Médecine (1) une modification qui croyons-nous, doit rendre l'inoculation du virus plus complète et plus égale. Il propose de recouvrir d'abord la surface du nœvus d'une couche de vaccin liquide, puis on laboure l'épiderme de la tumeur avec un petit scarificateur spécial ou une aiguille à cataracte; le peu de sang qui s'écoule se mélange avec le liquide d'inoculation et forme une croûte qui cache la surface du nœvus.

La vaccination, en somme, est un procédé assez bon, mais comme on ne peut l'employer qu'une fois, nous préférons d'autres moyens plus sûrs dans leurs résultats. De plus nous avons vu quelquefois des cicatrices gaufrées succéder à l'inoculation vaccinale, ce qui est une terminaison peu désirable.

En 1878 le Dr Colson, a, dans une thèse intéressante, essayé de mettre en honneur une méthode inaugurée par un chirurgien anglais Balmannq-Squire; je veux parler *de la scarification des tumeurs érectiles*. Ce procédé fut adopté par le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et le travail de M. Colson est basé sur quelques cas observés dans le service. La scarification suivant la méthode de Balmanno-Squire se pratique de la façon suivante. Avec un petit instrument spécial à plusieurs lames, ou avec un simple bistouri très fin, on pratique, sur le nœvus, une série d'incisions de 1 millimètre 1/2 de profondeur environ, dans le sens transversal par exemple, puis dans le sens vertical; elles doivent être séparées les unes des autres par un intervalle de 1 millimètre. Cette opération assez douloureuse peut être précédée par l'application d'un sachet de glace pilée pour produire une anesthésie locale et en même temps diminuer l'écoulement du sang qui est toujours assez considérable. M. Vidal mettait ensuite, pour tout pansement, quelques feuilles de papier brouillard qui, en absorbant le sang épanché entre les lèvres des incisions, favorisait la réunion immédiate. Au bout de cinq, six ou sept jours tout au plus, les petites incisions sont cicatrisées et on remarque parfois, même après une seule séance, une transformation de la teinte du nœvus, qui, de rouge foncé, prend une coloration plus rosée. La pratique des scarifications doit fatalement arriver à détruire les nœvi vasculares et à les remplacer par du tissu cicatriciel régulier; mais nous avons été frappé d'un fait qui a bien son importance. Il a toujours fallu un nombre considérable de séances pour arrriver à un résultat passable, c'est là pour nous un reproche grave à cette méthode: quel malade en effet ne préférera pas être vite débarrassé de son nœvus, plutôt que de subir une série d'opérations assez douloureuses?

Et encore nous avons remarqué que la plupart des observations citées, n'indiquent que des résultats incomplets, les tumeurs étaient modifiées, mais on n'annonce pas leur complète disparition.

Nous tenons maintenant à exposer en détail deux procédés que nous avons constamment vu réussir à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr de Saint-Germain. Presque tous les jours, à la consultation de cet établissement, on peut voir des tumeurs érectiles de toutes formes et de toutes dimensions. Quand la tache est petite, qu'elle n'est pas dans un endroit exposé aux regards, et sans turgescence, quelquefois l'habile chirurgien détruit la petite difformité par le fer rouge; mais il l'applique d'une façon spéciale. Il commence par approcher à quelques millimètres de la surface, un cautère au rouge cerise, ce qui détermine une sorte de cuisson à distance de la partie malade, puis il termine en appliquant le fer sur la surface cuite à point et produit ainsi une brûlure au troisième degré.

Quelques jours après l'eschare produite par la brûlure se détache et laisse une surface, qui se cicatrise régulièrement et qui, après s'être rétractée, ne présente bien souvent qu'une trace semblable à celle d'un furoncle. Cependant, M. de Saint-Germain craint par ce moyen, de dépasser quelquefois la limite du mal, aussi préfère-t-il un agent plus facile à diriger et auquel nous avons vu produire, dans ses mains, des résultats fort remarquables; c'est la cautérisation au moyen de la pâte de Vienne. Voici comment il l'applique: la poudre de Vienne est délayée avec de l'alcool; il ne faut pas qu'elle forme une pâte trop épaisse, mais que, prise avec une spatule, elle puisse tomber en goutte qui s'aplatit comme dans la fabrica-

(1) Voir *Concours médical* nº 40, p. 480.

tion des pastilles de chocolat. Quand le nœvus est de petite étendue, une seule application suffit la plupart du temps; quand il présente, au contraire une surface plus grande on dissémine plusieurs *gouttes* de pâte de Vienne dans une première séance, puis on recommence jusqu'à ce que toute la surface de la tumeur soit successivement modifiée. Quelques précautions sont utiles pour faire ces applications de caustique.

Il faut d'abord bien sécher la surface de la tumeur, afin d'éviter la diffusion de la pâte de Vienne qui pourrait produire ainsi une eschare trop grande. On devra aussi protéger avec soin à l'aide de coton, les orifices naturels tels que le conduit auditif externe, l'orifice palpébral, l'entrée des narines. On laisse le caustique appliqué durant 1 à 2 minutes, jusqu'à ce que la surface qu'il recouvre prenne une teinte brun foncé, alors, à l'aide d'un petit tampon d'ouate ou de charpie, on enlève la pâte caustique, on lave l'espace escharifié avec un peu de vinaigre et on le laisse à l'air libre sans le recouvrir d'aucun pansement. Les jours suivants, l'eschare noircit, puis au bout de huit à dix jours, la croûte commence à se détacher, et bientôt il ne reste plus qu'une cicatrice blanche, mince, non difforme. Dès que ces cicatrices sont obtenues, on fait de nouvelles applications qui augmentent ainsi progressivement l'étendue du territoire guéri. Ce procédé, que nous n'avons jamais vu causer d'accidents, nous satisfait entièrement par la perfection de ces cicatrices qui sont planes, régulières et blanches. On n'est pas obligé, comme dans la méthode des scarifications, de revenir un nombre indéterminé de fois sur les mêmes points et pour obtenir un résultat dont nous doutons encore.

Les *angiômes caverneux* demandent un traitement un peu différent de celui des nœvi plani: il s'agit, en effet, de déterminer, dans les lacunes du tissu caverneux, un travail inflammatoire qui se termine par l'adhésion de leurs parois. Mais ici encore, nous croyons qu'il faut établir une utile distinction. Les angiômes caverneux peuvent être petits ou de volume moyen, souvent alors ce seront des tumeurs mixtes, surmontées d'une plaque de nœvus; elles ne sont point animées de battements. D'autres fois, on a affaire à des angiômes caverneux très développés, contenant de véritables lacs sanguins, et entourés de vaisseaux tortueux et dilatés; souvent ces tumeurs vasculaires sont pulsatiles. Il faut bien reconnaître ces divers caractères cliniques, car nous allons voir que le traitement de l'une des variétés est dangereux pour l'autre.

Les angiômes caverneux de petit volume, peuvent être enlevés par la méthode des ligatures qui est décrite tout au long dans nos livres classiques; mais nous croyons que l'on peut obtenir de bons résultats, au moyen d'injections interstitielles. Longtemps on a préconisé le perchlorure de fer, mais on sait qu'il n'est pas rare de voir, à la suite de son application, survenir des eschares étendues et profondes.

M. Schrumpf, au congrès des chirurgiens allemands, a proposé les injections interstitielles d'alcool pur, prétendant que cette substance agirait en coagulant le sang et en irritant le tissu fibreux qui sépare les dilatations vasculaires; ce moyen, dont il rapporte d'heureux résultats, nous paraît mériter d'être expérimenté.

Nous accordons toutefois notre préférence à la liqueur de Piazza. Cette substance est ainsi composée:

Eau..................	60	grammes
Chlorure de sodium...	20	—
Perchlorure de fer.....	10	—

Pour l'utiliser on en charge une seringue à injection hypodermique, puis on pique obliquement la tumeur; poussant alors le piston de la seringue, on fait pénétrer quinze à vingt gouttes de liquide dans le nœvus; en même temps, avec l'autre main, on malaxe celui-ci, de façon à bien mélanger le liquide coagulant avec le sang; on sent, sous le doigt, se produire un noyau dur, d'abord pâteux, qui est plus ou moins gros. Dans les tumeurs de très petit volume, une seule injection suffira: mais dans les grosses tumeurs, on sera obligé de faire plusieurs séances d'injections coagulantes. Au bout de quelque temps, on voit la tumeur transformée en une masse dure, s'affaisser peu à peu et se rétracter; puis elle disparaît complètement.

Quand les angiômes sont très volumineux et pulsatiles, on peut facilement prévoir que la pratique des injections coagulantes peut ne pas toujours être inoffensive. Nous voyons en effet, dans un travail de M. Richelot, chirurgien des hôpitaux, présenté cette année à la Société de chirurgie, deux observations d'embolie pulmonaire, à la suite d'injections de perchlorure de fer. Cet accident est toujours à redouter, quand on traite par la coagulation de vastes tumeurs érectiles; aussi nous adoptons volontiers, avec M. Richelot, les conclusions de son travail que nous demanderons la permission de rapporter textuellement: « L'extirpation réussit dans les cas graves où le perchlorure de fer n'entre même pas en ligne de compte. *A fortiori* elle est bonne dans les cas véritablement simples où l'hémorrhagie est moins à craindre, où l'opération radicale tranche le mal à peu de frais, et amène une prompte guérison, tandis que les injections traînent en longueur, échouent quelquefois, et laissent la porte ouverte aux récidives, produisant même parfois des accidents redoutables sur lesquels nous n'avons aucune prise. De cette façon, l'extirpation est, ou la seule ressource, ou au moins, un moyen plus commode et plus efficace. »

Au premier abord, cette extirpation des angiômes caverneux n'est pas sans inspirer de craintes au praticien, il reculera souvent devant les dangers de l'hémorrhagie. Ce n'est pourtant pas une opération aussi terrible qu'on pourrait le croire. Beaucoup de chirurgiens de notre siècle l'ont pratiquée; les anglais Teale et Liston, la firent co[illegible]ramment. Nous croyons utile d'exposer quelq[illegible] préceptes qu'il faut suivre dans cette extirpati[illegible]. Toutes les fois qu'on le pourra, on appliquera [illegible] la région, la bande élastique d'Esmarck; le professeur Verneuil l'a fait avec avantage dans un cas de tumeur pulsatile du cuir chevelu. Si on ne peut appliquer la compression élastique, on atta-

quera franchement la tumeur avec le bistouri comprimant, avec des éponges, la surface de section, pour s'opposer, autant que possible, à l'écoulement du sang. Quand l'extirpation sera complète, on enlèvera peu à peu les éponges et on placera, sur la bouche des vaisseaux béants, des pinces à pression continue. Quelques chirurgiens conseillent de les laisser vingt-quatre heures en place, mais nous croyons que c'est inutilement irriter la plaie; et nous préférons de beaucoup la ligature de tous les vaisseaux au moyen du catgut; il faudra parfois faire 20 à 40 ligatures.

Le meilleur pansement, après cette opération, est le pansement à plat, composé de plaques d'agaric, imbibées d'une solution phéniquée, forte et bien exprimée. Un bandage compressif maintiendra le pansement; bientôt la plaie bourgeonne puis se cicatrise.

Tels sont les divers modes de traitement des tumeurs érectiles. En terminant, nous désirons dire quelques mots d'un petit appareil que nous avons vu appliquer dans ces derniers temps. Un enfant d'un an est présenté à l'hôpital de la rue de Sèvres, avec un angiôme mixte de l'extrémité du nez, envahissant les ailes de cet organe. Monsieur de Saint-Germain a conseillé, dans ce cas, l'application intermittente d'un petit appareil compresseur, composé de deux plaquettes d'ivoire, larges de 8 à 10 millimètres et dont les tiges métalliques sont traversées par une vis qui sert à rapprocher plus ou moins les deux plaques, et à serrer ainsi la partie interposée entre elles. Le petit instrument doit être appliqué, puis enlevé alternativement plusieurs fois durant la journée; depuis un mois que le malade subit ce traitement, nous avons pu déjà constater une diminution sensible de la tumeur.

Dr Hambar.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence du déjeuner sucré ou féculent sur le système dentaire, par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines.

I.

L'observation la plus superficielle fait aisément constater la différence profonde qui sépare, au point de vue de l'intégrité des dents, le citadin de l'habitant des campagnes. Chez ce dernier, en effet, les dents sont beaucoup plus généralement blanches et saines, sans qu'on puisse attribuer un état si enviable aux soins qu'il en prend.

A la ville, au contraire, en dépit de l'action répétée des dentifrices et des conseils éclairés de l'homme de l'art, on voit trop souvent les dents s'altérer prématurément ou se couvrir de tartre, et un nombre relativement considérable de personnes privées de cet indispensable ornement, sont dans la nécessité de suppléer la nature défaillante par les produits factices de l'industrie.

D'où vient ce contraste évident? telle est la question qui m'a paru utile d'aborder dans le présent travail.

En même temps que l'on observe une différence si frappante entre le paysan et le citadin, on ne peut s'empêcher de remarquer combien est dissemblable le régime de l'un et de l'autre. A la ville, on se nourrit en majeure partie de viande, et, chose capitale selon nous, ont fait presque exclusivement usage d'un aliment sucré, chocolat ou café au lait, au premier repas du matin, tandis que le paysan, habitué dès l'enfance, à une alimentation féculente et salée, se contente le plus souvent, d'une soupe au déjeuner et consomme peu de viande aux autres repas.

Or, il est facile de s'assurer de ce fait important que, plus l'alimentation sucrée prédomine, plus la carie dentaire devient commune et précoce. Par exemple, on voit que les populations qui ont adopté la funeste coutume de multiplier les repas de café au lait, payent un large tribut à cette laide et incommode affection. J'en pourrais citer dans notre voisinage; mais une critique est d'autant plus efficace qu'elle n'attaque personne. A bon entendeur, salut. L'enfance, dont le goût pour les matières sucrée est notoire, qui en fait le plus grand abus et qui, d'ailleurs, reçoit plus vite et plus complètement l'impression des modificateurs extérieurs, est trop souvent victime de ses habitudes peu conformes à la nature. Il en est de même du sexe féminin qui, plus que son seigneur et maître, a la passion du café au lait. On dit que chaque grossesse coûte une dent à la mère. Peut-être cet adage cesserait-il d'être vrai, si l'usage d'une alimentation vicieuse ne venait en aide et n'établissait, de longue main, une prédisposition morbide qui n'attend qu'une occasion, un coup de fouet, pour éclater.

Dans le siècle dernier, l'usage des aliments sucrés était beaucoup moins répandu qu'il ne l'est de nos jours. La cherté du sucre s'opposait à ce qu'il entrât pour une part tant soit peu importante dans la consommation générale. Depuis un certain nombre d'années, les progrès de l'industrie, en livrant au commerce d'énormes quantités de sucre à des prix abordables aux gens peu aisés, ont permis un changement radical dans le régime alimentaire des familles, et l'on peut dire avec M. Michel Lévy, qui estimait la consommation de l'Europe en 1850 à six millions de quintaux par an, que le sucre est devenu un condiment indispensable dans l'état actuel de la civilisation.

Nos ancêtres qui ne connaissaient guère l'usage du sucre, étaient beaucoup moins sujets à la carie dentaire que les générations actuelles, et ils étaient loin de recourir à l'art du dentiste aussi communément que nous sommes malheureusement contraints de le faire. *Sel et pain font le corps sain :* cet adage est surtout vrai en ce qui concerne le bon état et la conservation des dents.

Avant tout il importe de se rendre compte du

mode d'action des aliments sucrés avec le système dentaire.

Il y a, dans la bouche, deux sortes de sécrétions, la salive fournie par les glandes salivaires et le mucus excrété par les cryptes muqueuses des parois de cette cavité.

Un fait constant, reconnu et admis par tous les observateurs, c'est que le mucus secrété en certains points de la bouche, acquiert la réaction acide là ou l'alcalinité de la salive n'exerce pas facilement des effets neutralisants. C'est pourquoi les incisives de la mâchoire supérieure se gâtent généralement beaucoup plus tôt que celle de la mâchoire inférieure. Pour constater l'acidité dont il s'agit, il y a une précaution nécessaire à prendre c'est de plonger le papier réactif dans le sillon interdentaire, à la sertissure des gencives.

Mais il ne nous suffit pas de savoir que les liquides de la bouche peuvent prendre la réaction acide; il convient encore de s'assurer que cette circonstance est de nature à produire l'altération des tissus dentaires.

Or, non-seulement les acides minéraux, mais encore les acides végétaux ont le pouvoir d'attaquer les sels à base calcaire qui entrent dans la composition des dents. Les acides ne se comportent pourtant pas tous de la même manière. Quelques-uns détruisent l'émail presque exclusivement; d'autres respectant ce tissu, désorganisent l'ivoire et le ciment.

Selon Leber et Rottenstein (Recherches sur la carie dentaire, 1868), si l'on plonge une dent dans une solution d'acide acétique à 1/10e p. cent, au bout de dix jours, on trouve l'émail d'un blanc terreux sur la surface de l'organe; on peut l'enlever en le grattant avec l'ongle; on peut aussi couper avec un couteau la couche superficielle de la racine. Quelques jours plus tard, ces altérations sont encore plus accentuées ; on trouve même l'ivoire sous-jacent décalcifié.

La solution d'acide lactique, à la condition de n'être point trop diluée, au 100e par exemple, agit d'une manière énergique et uniforme sur tous les tissus dentaires. L'émail devient crayeux, friable aux points exposés; les racines, gélatiniformes; toute la masse acquiert une coloration brune (1).

L'acide lactique résultant de la fermentation du sucre, sous l'influence des composés albuminoïdes, est un altérant qui se rencontre fréquemment dans la bouche. Il s'y produit souvent sans doute sur place ; en d'autres circonstances, il s'y trouve porté, par exemple, dans les matières de vomissements, dans les régurgitations aigres; car on sait que le suc gastrique, sous l'influence des mauvaises digestions, en contient une notable proportion.

(1) D'après le Dr Haitzmann, l'acide lactique serait une des causes les plus puissantes du rachitisme et de l'ostéomalacie chez les carnivores. En cinq ou six semaines, des chiens et des chats parfaitement nourris, mais chez lesquels on avait mêlé l'acide lactique aux aliments, présentèrent une incurvation de la colonne vertébrale : ce qui prouve que l'acide lactique dissout, dans l'économie, le phosphate de chaux, comme il le fait dans un verre à expérience, où 3 à 4 grammes d'acide suffisent pour dissoudre 1 gramme de phosphate.

L'acide butyrique, autre produit de la fermentation du sucre, a beaucoup d'analogie avec l'acide lactique au double point de vue du genre de l'altération et de la coloration des tissus.

Quant aux autres acides que nous ingérons avec nos aliments et nos boissons, ils ne font que passer à travers la bouche et ils n'ont guère le temps d'exercer leur action nocive. La sécrétion salivaire est assez active au moment du repas pour neutraliser bien vite la petite quantité d'acide qui peut séjourner dans la bouche.

Indépendamment des acides, il y a d'autres substances dont le séjour dans la bouche est susceptible de nuire à la bonne conservation des dents. M. Coleman (*Transactions of odontological Society*, 1862), a trouvé que le mélange d'une petite quantité de salive à l'eau additionnée de fragments de pain, avait sur les dents une action assez énergique pour qu'après vingt jours de contact, on pût détacher de leur surface des lamelles d'ivoire ramolli. Ce résultat ne peut s'expliquer qu'en admettant la fermentation des fragments de pain sous l'influence de la diastase salivaire, d'où la génération d'une certaine quantité d'acide acétique. Disons par anticipation qu'un pareil fait montre bien l'importance des soins de propreté de la bouche après les repas.

M. Magitot a démontré que des dents plongées dans une solution sucrée présentaient à la longue tous les caractères de la carie. L'altération était beaucoup plus marquée dans les solutions additionnées de matière animale pour activer la fermentation, tandis qu'elle était ralentie et très restreinte, quand l'auteur ajoutait quelques gouttes d'un liquide antiputrescible, comme, par exemple, quelques gouttes de créosote. Dans ce dernier cas, la glucose et le sucre de lait n'éprouvent aucune fermentation ; les liquides restent neutres. Toutes les fois que les dents en contact avec la solution sucrée ont subi un certain degré de décomposition, c'est que le liquide avait acquis une réaction franchement acide. Si donc le sucre, à moins d'une action mécanique très nuisible quand il est pris en nature, n'exerce directement aucune action destructive sur les dents, il n'en est pas moins avéré que les produits de sa fermentation ont sur les dents une influence désastreuse. Or ces produits sont, sous l'influence des ferments albuminoïdes, en première ligne l'acide lactique, puis l'acide butyrique, et quelques-uns de ses dérivés, l'acide propiosique, l'acide valérique, par exemple. Toutefois les expériences de M. Magitot ne réalisent nullement les conditions des réactions qui se passent dans la bouche après l'ingestion des aliments sucrés. Je pense que le sucre doit former immédiatement un saccharure avec les bases alcalines de la salive : ce qui empêchant absolument la salive de neutraliser les acides du mucus, laisse malheureusement prédominer l'influence de ces derniers. (*à suivre*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Loi Roussel.

Direction de l'administration départementale et communale. — Administration départementale. — Troisième Bureau. — Protection des enfants du premier âge. Instruction. — (Circulaire du n° 158 bis).

Paris, le 8 août 1881.

Monsieur le Préfet, je crois devoir, à l'occasion de la prochaine session des conseils généraux, appeler l'attention de ces assemblées et la vôtre, sur un certain nombre d'améliorations dont me paraît susceptible le service de la protection des enfants du premier âge.

Mode et taux de la rémunération des Médecins-Inspecteurs.

La recherche du mode de rémunération le plus équitable et le plus pratique des médecins-inspecteurs a été, cette année, l'objet d'une étude approfondie de la part du Comité supérieur de la protection, je vais immédiatement vous indiquer la solution qui a rallié ses suffrages unanimes, et dont je vous engage vivement à recommander l'adoption au conseil général.

Voici dans ses principes et dans ses détails d'exécution le système reconnu préférable.

Il consiste purement à substituer, soit à l'indemnité fixe, soit à l'abonnement par an et par enfant, la rémunération par visite.

Le médecin emporte, dans ses tournées, un carnet à souche contenant la désignation des enfants et des nourrices dont il a accepté la surveillance; il consigne, séance tenante, sur ce carnet, les observations que comporte l'examen de chaque enfant et, en cas d'urgence, les transmet au maire sans aucun retard ; quand la nourrice habite le chef-lieu de la commune, la remise du bulletin pourra le plus souvent être faite par le médecin, sans perte de temps appréciable, entre les mains du maire ou du secrétaire de la mairie.

A des périodes déterminées, au commencement de chaque mois par exemple, le médecin-inspecteur détache de la souche les bulletins de visites afférents au mois précédent, et les adresse à la préfecture, soit par l'intermédiaire du maire de sa commune, soit directement au moyen d'enveloppes affranchies d'avance et que votre administration lui aurait fait tenir à cet effet: ce dernier mode de procéder constituerait une nouvelle charge pour le budget de la protection, mais il préviendrait les chances d'erreur, de retard, de pertes de pièces que peut présenter l'envoi par les mairies.

Les bulletins sont classés par vos bureaux en autant de dossiers qu'il existe de circonscriptions médicales.

Au commencement de l'année, vous faites multiplier, pour chacune de ces circonscriptions, le nombre des bulletins par le chiffre qui représente l'honoraire d'une visite ; vous soumettez ensuite à mon approbation un arrêté relatif constatant les droits et liquidant l'indemnité de chaque médecin-inspecteur. Ce document vous est renvoyé de suite, et vous mandatez alors le montant des allocations qui y figurent.

Ce système est, vous le voyez, d'une extrême simplicité, il facilite sensiblement la tâche du médecin: celui-ci, au lieu d'avoir à grouper, à plusieurs mois d'intervalle, les éléments du rapport annuel qu'il doit vous présenter, les réunit, pour ainsi dire, au jour le jour, avec une fidélité et une précision que ne saurait avoir un travail rétrospectif opéré à l'aide de souvenirs disséminés et plus ou moins lointains.

Tout en se simplifiant, la mission du médecin devient plus féconde, à la condition que l'inspecteur des enfants assistés et vos bureaux prêtent à la protection un concours dévoué.

Ils peuvent en effet, en compulsant les bulletins de visites mensuellement transmis à la préfecture, suivre mois par mois la marche de l'inspection médicale, réprimer à temps les abus signalés sur tel ou tel point du département, en vous proposant une des mesures tutélaires prévues par la loi.

Enfin, Monsieur le Préfet, le système approuvé par le Comité supérieur a pour conséquence de répartir l'allocation destinée à l'inspection médicale d'une manière proportionnelle aux services rendus ; à l'inverse de l'abonnement par an et par enfant, il n'est pas fondé sur une présomption, mais sur une réalité constatée, le chiffre des visites faites, tandis que l'abonnement a ce grave inconvénient de placer sur le même pied, au point de vue des honoraires, les médecins qui s'astreignent à toutes les visites règlementaires et ceux qui s'en affranchissent plus ou moins.

Il convient d'ailleurs, de rechercher si l'honoraire alloué par visite doit être uniforme dans une même circonscription médicale, ou s'il est préférable de tenir compte de la distance qui sépare le domicile du médecin-inspecteur des différentes communes de sa circonscription.

Le premier de ces procédés est de beaucoup le plus simple, le second paraît le plus équitable; mais il semblerait possible de concilier ce double avantage, *en s'arrêtant à un taux calculé d'après la distance moyenne et dont l'acceptation constituerait, à ce point de vue, un forfait entre l'administration et le médecin-inspecteur.*

En priant le conseil général et le conseil départemental de délibérer sur la proposition dont je viens de vous entretenir, vous voudrez bien leur demander également d'examiner ce dernier point et d'indiquer le taux qu'il leur paraîtrait juste d'adopter : je vous serai obligé de m'adresser leurs délibérations accompagnées de vos appréciations personnelles, afin que je puisse statuer ultérieurement sur l'avis du conseil supérieur. Vous voudrez bien

m'indiquer en même temps la dépense prévisionnelle qu'entraînerait, pour l'inspection médicale, la fixation du taux proposé.

Recevez, etc.

Le Ministre de l'Intérieur et des cultes,
CONSTANS.

Je vous envoie, mon cher Directeur, copie de la circulaire ci-dessus, persuadé qu'elle sera lue avec le plus grand intérêt par tous ceux de nos confrères, et ils sont nombreux, qu'intéresse la question. Ils verront que l'administration supérieure n'est pas sourde à nos légitimes revendications. Somme toute, il résulte de cette circulaire que nous serons honorés, d'après le nombre des visites faites par chacun de nous, conformément à un prix de visite consenti entre nous et l'administration. Nous sommes prévenus, mes chers confrères, tâchons de n'accepter qu'une rémunération honorable et non pas un chiffre de *un franc* que proposait l'inspecteur des enfants assistés, secrétaire du conseil départemental d'un département qui ne m'est pas inconnu. Que chacun de vous me fasse connaître directement ou par la voie du *Concours*, son avis au sujet du chiffre à adopter. Peut-être suis-je à même d'utiliser ce renseignement dans notre intérêt commun. Pour moi, je proposerais un prix moyen de 3 fr. A vous bien cordialement. Dr BIBARD.

II

Révision de la législation médicale

—

2e PARTIE. — QUATORZIÈME LETTRE

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

Avant de revenir, pour terminer cette étude, aux questions relatives à l'exercice de la médecine, nous croyons devoir nous arrêter un moment sur un sujet qui, sans rentrer absolument dans la législation médicale, nous touche de si près que nous ne saurions le négliger.

Il s'agit de la situation faite au médecin par la Société moderne.

Le savoir et la compétence spéciale du médecin sont, à chaque instant, mis à contribution par la Société qui ne saurait s'en passer; le médecin joue donc un certain rôle dans la grande machine administrative, dans l'Etat.

Qu'il s'agisse de justice civile ou criminelle, les lumières du médecin sont nécessaires dans nombre de cas; qu'il s'agisse d'hygiène, de protection de l'enfance, d'assistance publique, l'intervention du médecin est indispensable. En un mot, qu'on passe en revue l'ensemble tont entier des services publics, on voit qu'il n'est pas un seul ministère qui n'ait besoin de faire appel au médecin et de mettre à contribution son savoir.

On pourrait croire dès lors que dans une telle société le médecin jouit d'une situation particulière, en rapport avec les services qu'on réclame de lui. — Nous savons tous qu'il n'en est rien et que cette société, lorsqu'elle a besoin de nous, se borne à requérir nos services comme elle requerrait ceux du premier citoyen venu... même parfois ceux d'une bête de somme.

Alors que tous les grands services publics ont une existence propre et indépendante, tout ce qui a trait à l'hygiène et à la santé publique est disséminé dans ces services où il ne constitue qu'une partie accessoire et négligée. Guerre, marine, intérieur, justice, agriculture et commerce, tous usent et abusent du médecin sans lui reconnaître l'indépendance et la situation que légitimerait largement l'importance des services rendus.

Ici le médecin est subordonné à l'intendance, là au commissariat; ailleurs procureurs, juges d'instruction, présidents, s'arrogent sur lui des droits aussi contestables qu'étendus; enfin les préfets, sous-préfets, maires, commissions hospitalières ou autres, jugent des capacités, nomment, révoquent, fixent les salaires, etc.... avec une assurance qui n'a d'égale que leur incompétence.

Il existe un conseil d'Etat où toutes les compétences sont représentées, on croirait peut-être qu'il y figure un médecin. — Ah bien oui! un médecin au conseil d'Etat!.... ce serait l'abomination de la désolation!

Il exists de grands services d'assistance publique, là, semble-t-il, le médecin devrait régner en maître.

Il est soumis à une bureaucratie toute puissante qui, à ses justes réclamations, répond invariablement par un *non possumus* ou même ne répond pas du tout.

Dans les commissions hospitalières figurent de droit les représentants de professions diverses — le médecin en est exclu!

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur un état de choses que tous nos confrères connaissent. Le médecin ne peut ambitionner d'autres fonctions que celles qu'il peut tenir de la confiance de ses concitoyens, seules les fonctions électives lui sont ouvertes. Ce n'est pourtant pas la compétence qui manque au médecin; il suffit, pour s'en convaincre, de voir la situation qu'ont su se créer nos confrères au sein des conseils élus: conseils municipaux, conseils généraux, assemblées législatives; partout, au nombre des membres les plus actifs, les plus *en vue*, nous trouvons des médecins; on va même, en certaines régions, jusqu'à les trouver trop absorbants.

C'est contre une telle situation que réclament un certain nombre de nos confrères. Ils trouvent que le service de la santé publique vaut bien en importance le service des Forêts ou celui des Beaux-Arts; ils réclament pour lui une autonomie indispensable à son bon fonctionnement.

Le Dr Boyron nous écrit:

Voici une idée qui me hante depuis longtemps: elle aurait besoin d'un volume pour être développée comme il convient, notre journal d'initiative peut la mettre en avant et la faire sienne. Comme toute graine

jetée en terre, elle fructifiera ou s'éteindra, si le vent ne l'emporte pas.

Dans les rouages de la machine gouvernementale, à côté de nos grands titres administratifs : Intérieur, finances, travaux publics, etc... je ne vois pas figurer la rubrique *santé publique*.

Croyez-vous qu'un *ministère de la santé publique* n'aurait pas son utilité et ne ferait pas ses frais? — Je prends la chose au point de vue purement économique. — A ce ministère ressortirait tout ce qui concerne *la vie d'un peuple*, force qu'on a le tort immense de négliger. La santé serait économisée, n'est-ce donc rien comme instrument de travail et de production de la fortune publique?

Je ne fais pas appel à la charité et à la bienfaisance, vertus qui auront toujours leur rôle. L'Etat ne doit pas faire de la sentimentalité ; la sphère d'action est celle de la statistique et de toutes les mesures pratiques qui en découlent.

Je serais tenter d'imiter Sieyès et de dire : Qu'est la santé publique dans les soucis des gouvernements? — Rien ou peu de chose. — Que doit-elle être? — Sinon tout, du moins sa première préoccupation.

Le vœu de notre confrère avait déjà été émis en 1878. Le regretté Gubler, président du Congrès international d'hygiène, dans un dîner offert au Congrès par le ministre d'alors, M. Teisserenc de Bort, portait la santé du ministre de l'agriculture, du commerce *et de la santé publique*. Bien plus la création d'un ministère de la santé publique, avait été à plusieurs reprises l'objet de l'attention du Congrès ; elle avait notamment donné lieu, dans la seconde séance de la première section, à une importante communication de M. Edwin Chadwich, le vénéré doyen des hygiénistes anglais.

Nous n'en savons pas moins gré au Dr Boyron d'avoir, au moment où nous allons appeler l'attention des pouvoirs législatifs sur notre situation professionnelle, rappelé cette lacune administrative. Nous nous associons pleinement à son désir et ne voyons pas quelles objections pourrait soulever la réunion en un seul grand service de tous les services épars entre les divers ministères.

Si la création d'un ministère nouveau soulevait des difficultés, nous pensons que la création d'une direction spéciale, ayant à sa tête un sous-secrétaire d'Etat, ferait tomber ces difficultés et nous donnerait la légitime satisfaction que nous réclamons.

Nous ne voyons plus qu'un obstacle, c'est la répugnance certaine qu'on éprouverait en haut lieu pour mettre un médecin à la tête de ce service. Pensez donc, un médecin sous-secrétaire d'Etat!

Bah! on confierait l'affaire à un avocat et le tour serait joué! Dr A. GASSOT. (*de Chevilly*)

Au moment de faire paraître l'article que l'on vient de lire, nous recevons d'un de nos confrères la lettre suivante qui, commentant des faits tout récents, vient ajouter une nouvelle force aux arguments de notre confrère cité plus haut.

24 octobre 1881.

Mon Cher Directeur,

J'ai eu hier l'occasion de lire la lettre d'un officier, actuellement en Tunisie et voici en propres termes ce qu'il relate.

« Dimanche, nous avons rencontré un convoi « de thyphiques. Ils étaient cent-quarante avec « un seul médecin n'ayant pour tout médicament « que deux cents œufs durs. Je ne sais quelle est « l'odeur de la peste ; mais elle doit-être suave à « côté de celle que j'ai sentie.

« Trois de ces malheureux étaient morts et le « général P. n'a pas voulu qu'ils s'arrêtassent « près de notre camp, ils ont dû continuer leur « route. » Suivent des détails personnels et le signataire de la lettre insiste sur le malheureux état sanitaire de nos troupes et le désarroi des moyens des secours. Il est du devoir de nous tous de protester contre un tel état de choses.

Demain, nous pouvons avoir la guerre en Europe ou même en France et il en serait de même. Beaucoup d'entre nous sont encore sur les cadres de l'annuaire.

En temps de guerre, nous serions dans la même situation, vis-à-vis de nos malades et de nos blessés, C'est l'honneur de notre profession et la vie de nos semblables que nous défendons. Nons ne sommes pas dans le rang et nous pouvons élever la voix. Profitons-en.

C'est un argument de plus pour le ministère de la santé publique.

Agréez, etc.

Dr BOYRON.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

—

Nous extrayons les passages suivants, du compte-rendu de la séance de l'Association syndicale des médecins de Lot-et-Garonne, tenue le 5 septembre 1881, sous la présidence de M. le Dr Mouchet ; secrétaire, M. le Dr Cassius, membre du Concours médical.

« Avant toute assemblée générale, chaque membre du bureau provoque dans l'arrondissement une réunion du groupe qu'il représente. Dans cette réunion, les sociétaires de l'arrondissement font connaître leurs besoins, leurs désirs, les faits irréguliers ou accidentels de la pratique signalés dans leur groupe et leur représentant les communique à l'assemblée générale qui statue. — Adopté. »

« Dans une maladie chronique, régulièrement suivie par le médecin ordinaire, le confrère appelé à lui succéder, doit loyalement faire tous ses efforts pour changer les dispositions du malade et de son entourage, proposer une consultation en faisant ressortir le besoin qu'on aura du confrère appelé le premier. Dans le cas où toutes ces tentatives ont échoué, on peut, si on le juge convenable, se charger du traitement seul et sans l'assistance du premier médecin, mais à la condition de le prévenir sur le champ et par lettre.

Dans une maladie chronique qui n'est pas régulièrement suivie par le médecin ordinaire, on peut se rendre auprès du malade et lui donner des soins, en exigeant le règlement avec le premier médecin.

Le médecin qui a été appelé en consultation avec un ou par un de ses confrères, ne doit jamais accepter sa succession dans cette même maladie aiguë ou chronique. »

« Il est interdit de donner des soins à un malade quel-

conque, qui n'est pas en règle avec son ancien médecin. La raison d'insolvabilité n'est pas suffisante si elle n'a pas été acceptée par le confrère. Un délai de trois jours est toutefois accordé en cas de maladie aiguë ou réclamant des soins immédiats. — Adopté. »

« Tout médecin appelé pour la première fois dans une maison doit s'enquérir à quel titre il est appelé. — Adopté. »

« Tous les membres adhérents au syndicat sont astreints, sous peine d'une amende de trois francs, de faire parvenir annuellement au représentant de l'arrondissement, le nom des clients qui n'auraient pas payé les honoraires après les trois avertissements. Tout médecin appelé par un client, inscrit sur le livre noir, doit refuser tout service jusqu'à preuve de règlement avec le ou les premiers confrères primitivement appelés.

« Cet article est adopté et il ressort de la discussion engagée, que l'on entend par règlement avec le premier médecin, non pas seulement de l'argent comptant, ce qui quelquefois serait impossible, mais une reconnaissance qui mette à l'abri de la prescription. »

« On désire pour tous les adhérents au syndicat, un modèle uniforme, identique, portant la mention de Syndicat médical de Lot-et-Garonne, aussi bien pour les notes d'honoraires que pour les formules à employer. Ce modèle sera créé et présenté à la prochaine réunion. »

« Enfin, la proposition de nommer dans chaque arrondissement, dans chaque canton, un mandataire unique qui, muni de la procuration de tous les membres adhérents au syndicat, sera chargé d'opérer par tous les moyens que lui confère la loi, la rentrée des notes impayées après les trois avertissements, est adoptée. »

« Les résolutions suivantes ont été adoptées à l'égard des Sociétés de secours mutuels :

Le corps médical, voulant ignorer l'existence des sociétés de secours mutuels, ne voit dans les malades, appartenant à ces sociétés, que de simples clients auxquels il fera l'application du tarif, suivant la catégorie déterminée par la situation de fortune.

Les membres du syndicat s'engagent à refuser d'accepter la succession d'un confrère, qui serait remercié pour avoir voulu faire l'application des résolutions adoptées par le corps médical.

La chambre syndicale est chargée de porter à la connaissance des présidents des sociétés de secours mutuels les décisions prises dans la seance du 5 septembre 1881.

LISTE DES ADHÉRENTS AU SYNDICAT

Arrondissement d'Agen. — Andrieu, Agen. — Barrail, Beauville. — Belloc, Agen. — Bernède, Agen. — Cassius, Layrac. — Chaulet fils, Agen. — Cortès, Agen. — Crouzel, Prayssas. — Delcros, Prayssas. — Descomps, Aiguillon. — Dupérié, Agen. — Estube, Castelculier. — Fabre, Laplume. — Fourestié, Agen. — Gaube, Agen. — De Gaulejac, Agen. — Goux, Agen. — Loubière, Port-Sainte-Marie. — Manec père, Montpezat. — Mouchet, Agen. — Mouillé, Sérignac. — Nebout, Aiguillon. — Neuville, Granges. — Ricard, Agen. — Richard, Saint-Nicolas. — Riviere, Luzignan-Petit.

Arrondissement de Marmande. — Aubert, Cocumont. — Authenac, Clairac. — Baccarisse, Gontaud. — Bertrin, Sainte-Bazeille. — Chambon père, Allemans. — Chambon fils, Miramont. — Colombet, Miramont. — Constantin, Saint-Barthélemy. — Courret, Marmande. — Dheur, Mas. — Dubourg, Marmande. — Ajagou, Tonneins. — De Larbés, Tonneins. — Laujacq (off.), Marmande. — Pradié, Verteuil. — Rolland, Tonneins. — Sarrouille, Marmande. — Serres (off.), Lauzun. — Verdo, Marmande. — Vinsonneau, Seyches.

Arrondissement de Nérac. — Bacqué, Damazan. — Despeyrous, Nérac. — Dubosq, Francescas. — Ducourneau, Buzet. — Guérineau, Puch. — Labat, Nérac. — Landarabilco, Barbaste. — De Larbès, Damazan et Cauterets. — Mendousse, Sos. — De Montesquiou, Leyrits-Monc. — Pons, Nérac. — Selsis, Nérac.

Arrondissement de Villeneuve. — Ardilouse, Monclar. — Austruy, Monbahus. — Besse, Villeréal. — Biau, Cancon. — Birabent (off.), Masquières de Tournon. — Bugier, Villeneuve. — Couyba, Sainte-Livrade. — Deroux fils, Villeneuve. — Gaumetou, Sainte-Livrade. — Malbecq (off.), Casseneuil. — Merlateau, Castillonnès. — Roux, Tournon.

Nombre des membres : 70.

PREMIÈRE FORMULE

Syndicat médical de

CABINET A le

du Dr M.

J'ai l'honneur de voue adresser la note de mes honoraires qui s'élèvent à , pour les soins donnés à

Veuillez agréer, M.

Note envoyée conformément à la décision prise en assemblée générale.

DEUXIÈME FORMULE

Syndicat médical de

CABINET A le

du Dr M.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me faire parvenir le montant de mes honoraires qui s'élèvent à la somme de fr. , ainsi que je vous l'ai fai connaître par ma première lettre; ou bien m'écrire à quelle époque vous avez l'intention de régler.

Veuillez prendre bonne note de la nouvelle démarche que je fais auprès de vous.

Veuillez agréer, M.

Note envoyée conformément à la décision prise en assemblée générale (Séance du).

TROIXIÈME FORMULE

Syndicat médical de

CABINET A le

du Dr M.

Je vous informe que n'ayant pas reçu votre réponsee à l'envoi de ma note d'honoraires qui vous a été remise à deux reprises différentes cette année, j'en ferai percevoir le montant à votre domicile.

J'ai l'honneur de vous saluer.

Note envoyée conformément à la décision prise en assemblée générale (Séance du).

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Clinique des enfants. — *Orthopédie.*

M. le Dr de Saint-Germain recommence ses conférences cliniques le jeudi 3 novembre et les continuera les jeudis suivants.

Le Docteur Jules Simon commencera son *cours de thérapeutique* le mercredi 9 novembre à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

La Science libre. — Le journal de quinzaine *La Science libre* a interrompu sa publication, pendant un mois, pour sa transformation en journal politique et hebdomadaire.

A sa rédaction scientifique, littéraire et artistique, elle ajoute les éléments sérieux d'une rédaction politique et financière entièrement parisienne dont l'autorité a une notoriété universelle.

Indépendamment de ses informations, absolument spéciales au point de vue algérien et colonial, la *Science libre* publiera tous les quinze jours une revue politique due à la plume du correspondant politique de l'*Indépendant Belge*.

Le bulletin financier sera fourni par une des grandes spécialités de la Science financière.

Il sera complété, au point de vue local, par le bulletin de la Bourse de Nice.

Le journal sera ouvert, comme par le passé, aux discussions contradictoires de toutes les questions qu'il traite.

Le prix de l'abonnement annuel est porté à 25 francs.

On s'abonne toujours: à Nice, chez le docteur Desjardin, villa dynamothérapique, 115, rue de France, et, 53, promenade des Anglais, et à Paris: A l'agence de Publicité Franco-Algérienne de M. Berthier, 17, Rue Paul-Lelong.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

12 Novembre 1881 — 3me Année. — No 46

SOMMAIRE

BULLETIN

M. le *Président Legouest* annonce à l'Académie la perte considérable qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Bouillaud. Après avoir rappelé en termes émus les titres scientifiques de son illustre collègue, il lève la séance en signe de deuil.

Né le 12 septembre 1796, M. Bouillaud est mort le 29 octobre 1881, après être entré, par conséquent, dans sa quatre-vingt sixième année. — Il est malheureusement bien rare que nous ayons à enregistrer, parmi nos maîtres et nos confrères, de pareils exemples de longévité, et ces dernières années surtout ont été marquées par la mort d'un grand nombre de *jeunes*. — M. Bouillaud a su bien remplir la longue carrière qu'il lui a été donné de parcourir et dernièrement encore, il y a à peine quelques semaines, il prononçait, à la tribune académique, un discours fort étudié sur quelques points de pathogénie (1) ; le dernier représentant des doctrines de Broussais venait, au nom de la clinique, faire certaines réserves sur les expériences de vaccinations préventives publiées par les disciples de M. Pasteur.

Ainsi, jusqu'au dernier jour, il est resté sur la brèche, et s'il avait cru devoir, depuis quelque temps déjà, renoncer au rude labeur de l'enseignement clinique, il ne s'était pas, pour cela, tenu éloigné de la science qui a été la grande passion de sa vie.

(1) V. *Concours Médical* 1881 no 39 p. 467.

Dès 1823, Bouillaud, interne de Bertin, publiait une de ses plus belles œuvres, son travail sur l'oblitération des veines et sur leur influence dans les hydropisies. En 1824, paraissait son *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*; en 1825 son *Traité de l'Encéphalite*. La même année, il lisait à l'Académie son premier travail sur la *Localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau.* Il publiait, en 1826, son *Traité des fièvres dites essentielles ;* en 1832, son *Traité du choléra ;* en 1835, *Les recherches sur le rhumatisme* et son *Traité clinique des maladies du cœur*; en 1839, *ses Leçons de clinique*; en 1840, son grand *Traité du rhumatisme et de la loi de coïncidence des maladies du cœur.* En 1846, il réunit toutes ses recherches dans les cinq volumes de sa *Nosographie médicale*.

On le voit, la liste est longue, et nous n'avons fait que citer les œuvres principales : nous avions donc raison de dire que la longue carrière de M. Bouillaud avait été bien remplie. Cette constatation n'est-elle pas le meilleur éloge que l'on puisse faire d'un homme de science, et ne vaut-elle pas toutes les oraisons funèbres ?

Puisque les débats académiques nous laissent aujourd'hui quelque répit, nous en profiterons pour causer un peu histoire et littérature : ce sont deux sujets qui intéressent aussi les praticiens, nous n'en voulons pour preuve que l'étude sur le *Serment d'Hippocrate* que M. le Dr *Charpignon*,

médecin à Orléans, a bien voulu nous envoyer dernièrement.

Comme nos lecteurs le savent certainement, il est un passage de ce *Serment d'Hippocrate* qui a toujours vivement attiré l'attention des commentateurs et exercé leur imagination : c'est celui où le futur médecin s'engage à *ne pas pratiquer l'opération de la taille, et à la laisser aux gens qui s'en occupent*. Quel est, s'est-on demandé avec raison, le motif si impérieux, et qui pourtant nous a toujours échappé jusqu'ici, qui a pu déterminer les Hippocratiques à prononcer le serment de ne pas pratiquer la taille, eux qui paraissent avoir fait avec tant d'habileté le cathétérisme de l'urèthre et le diagnostic de la pierre ? A cette question il n'a jamais été répondu d'une manière satisfaisante. Aussi, depuis longtemps, quelques auteurs avaient-ils émis l'opinion que ce n'était pas de la taille, mais de la castration qu'il s'agissait, et les motifs, tirés de l'ordre moral, se présentaient aussitôt pour expliquer la défense du maître. C'est cette dernière opinion, déjà ancienne, que reprend M. le Dr Charpignon dans son opuscule, et il essaye de la soutenir par une nouvelle explication fort ingénieuse, — trop ingénieuse peut-être.

D'après notre confrère, il faudrait traduire ainsi : *je ne ferai pas la castration, même à ceux qui ont la pierre.*

En effet, dit-il, la taille, exécutée par les procédés alors en usage, était réputée entraîner et entraînait souvent l'impuissance par destruction de l'orifice des canaux éjaculateurs; il semble donc, ajoute l'auteur, que la castration faite à des hommes porteurs d'une maladie qui, nécessairement devait, à un moment donné, produire chez eux l'impuissance, pouvait paraître comporter, pour l'opérateur, une moindre responsabilité morale.

Il faut avouer que cette sorte de restriction morale, prévue par Hippocrate chez ses disciples, rappelle un peu les fameuses distinctions des cas de conscience; mais Hippocrate n'était pas un casuiste, et, s'il avait voulu défendre la castration à ses disciples comme un fait immoral en lui-même, il l'aurait défendue comme telle, sans ajouter aucune distinction inutile. D'ailleurs, il ne fait, dans ses œuvres, aucune mention de cette opération qui n'était guère pratiquée qu'en Orient. Quant à la présence de la pierre dans la vessie, était-elle donc tellement fréquente à cette époque que l'on pût, dans un document aussi court que celui dont nous parlons, prévoir le cas où des calculeux seraient soumis à la castration ?

Mais cette théorie même, que la taille rend impuissant, n'est pas dans Hippocrate; nous ignorons si l'auteur grec l'admettait, et même s'il la connaissait. Aussi, tout en reconnaissant tout ce qu'aurait de séduisant l'explication proposée par M. Charpignon, sommes-nous obligé d'avouer qu'il ne nous a pas convaincu, et que, pour nous, comme pour M. Littré, le passage de l'auteur grec garde encore toute son obscurité et qu'il la gardera jusqu'à ce que de nouveaux textes, s'il y en a, viennent nous apporter un peu de lumière sur ce point. Nous devrons donc nous contenter, pour expliquer la défense faite par Hippocrate de pratiquer la taille, des motifs présentés par M. le *Dr Briau* dans sa brochure sur *Hippocrate et la Lithotomie.*

Il est en effet certain que l'ignorance où l'on était de l'anatomie topographique du corps humain ne pouvait permettre au médecin de tracer de règle méthodique pour l'opération de la taille, et que ceux qui consentaient à l'exécuter l'exécutaient empiriquement, sans se rendre compte des organes qu'ils pouvaient léser. Tout le procédé opératoire consistait à faire saillir la pierre au périnée, au moyen de deux doigts introduits dans le rectum, et à inciser directement sur la pierre devenue saillante. Il est facile de comprendre à quels dangers l'opération, ainsi pratiquée, exposait les malades, quels accidents devaient souvent en être la suite, et, par conséquent, quels motifs très respectables devaient en éloigner tout médecin soucieux de sa responsabilité.

D'autre part, il semble probable que des chirurgiens spécialistes, des chirurgiens ambulants (périodeutes) faisaient métier de pratiquer cette opération pour laquelle les médecins sérieux se récusaient et l'intervention de ces industriels n'avait pu qu'augmenter la répulsion des hommes de science pour une pratique déjà condamnée par elle-même. De là l'expression tout-à-fait méprisante d'Hippocrate qui veut que ses disciples s'engagent à laisser cette opération *à ceux qui s'en occupent, qui en font métier.* Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence du déjeuner sucré ou féculent sur le système dentaire, par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines.

II

On voit donc qu'il peut exister dans la bouche une foule d'agents capables d'altérer les tissus constitutifs de la dent.

Est-ce là une explication satisfaisante de la carie? Non, sans doute; car la coloration noire, particulière aux cavités des dents cariées et aux tissus qui en forment la gangue ou la zone embrassante, n'est point produite par les moyens artificiels mis en usage dans nos laboratoires. Il y a donc ici un *quid ignotum*, comme en tout ce qui est relatif à la vie, dont les phénomènes physico-chimiques sont bien rarement tout-à-fait identiques à ceux que la science crée ou imite. Un fait indéniable, c'est que la vitalité plus ou moins défaillante de l'économie est un facteur important dans l'état du système dentaire. J'ai vu quelquefois, chez les adolescents, que les dents dont l'évolution coïncidait avec celle d'une maladie grave, une fièvre typhoïde par exemple, s'altéraient aussitôt sorties, se cariaient profondément et rapidement d'une manière irrémédiable, au point qu'il fallait bientôt en faire le sacrifice. Cependant les autres dents plus anciennes résistaient victorieusement à l'influence funeste de la maladie, quoique soumises à l'action des mêmes liquides salivaires. N'est-ce pas là une preuve péremptoire de la moindre importance de ces derniers?

Il faut donc admettre que certaines maladies, certaines diathèses, très probablement certains genres d'alimentation, déterminent une évidente prédisposition à la carie dentaire, en faisant baisser la vitalité de l'économie, bien plutôt qu'en dépravant la composition des liquides salivaires.

Dans certains cas, l'influence néfaste paraît s'exercer à la fois des deux manières. C'est ainsi que dans certaines gastralgies, dans bon nombre de maladies nerveuses, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, dans certaines anémies, en même temps que l'on constate l'abaissement de la vitalité physiologique, on observe la perte de la propriété alcaline normale de la salive.

On a cherché à expliquer les phénomènes de la carie dentaire par la présence presque constante et la multiplication d'un parasite regardé comme végétal et appelé *leptotrix buccalis*. On trouve cette production, non-seulement à la surface, mais dans l'intérieur même des canalicules dentaires. La question revient à se demander si elle est cause ou effet de la carie : embarras que l'on éprouve à propos de toutes les autres maladies parasitaires, depuis la maladie de la pomme de terre et l'oïdium de la vigne, jusqu'au muguet de l'homme. Il paraît probable que les parasites ne se développent que là où ils trouvent un terrain approprié à leur besoins, et, par exemple, que le *streptococcos* n'apparaît dans la bouche que grâce à la réaction acide des liquides salivaires et à la désorganisation du tissu dentaire. Telle est aussi l'opinion de Leber et de Rottenstein; les acides commencent l'attaque, après quoi le parasite, se développant immédiatement, vient à la rescousse et active la désagrégation. Ce qui était d'abord un simple effet, devient cause à son tour, et ainsi s'explique la différence entre les progrès de la carie dans l'ivoire où le cryptogame prend un rapide accroissement, et dans l'émail où il ne se rencontre point.

Cependant M. Weil (*Pathology of the Teeth*) pense que la production du leptotrix, consécutive à la décalcification des tissus dentaires, ne jou- pas un rôle actif dans l'achèvement de leur désorganisation.

Quoi qu'il en soit, il est avéré qu'au début au moins, sinon dans tout le cours de la carie, l'abaissement de la vitalité d'une part, les transformations chimiques qui s'effectuent dans la bouche, d'autre part, sont les deux causes principales qui concourent à la production de la carie.

A la seconde de ces causes se rattache l'action secondaire d'une sécrétion muqueuse buccale exagérée. Quand il existe dans la bouche un grand nombre de dents cariées, on y trouve aussi une grande quantité de mucosités visqueuses et filantes, provenant de gencives rouges et tuméfiées. Comme conséquence de l'hypersécrétion du mucus buccal, la réaction acide augmente dans la bouche et peut même se traduire par la dissolution des dépôts de tartre qui recouvrent les dents. De plus, le mucus est riche en principes albuminoïdes très fermentescibles de leur nature. On comprend donc que plus l'élément muqueux est abondant, plus facile est la transformation des matières sucrées en acide lactique.

Heureusement dans les conditions normales la sécrétion alcaline de la glande parotide vient incessamment neutraliser les acides qui, sans cela, prédomineraient dans les liquides de la bouche. Comme corollaire de ce fait, M. Magitot insiste avec raison sur cette circonstance que la réaction acide, si commune au voisinage des incisives supérieures, ne se présente pas à beaucoup près aussi souvent sur la sertissure des incisives inférieures, par ce que le flot de salive vient, dans ce point déclive, neutraliser les acides qui se forment sous l'influence du mucus, tandis qu'à la mâchoire supérieure prédominent aisément les sécrétions muqueuses. De là, comme nous l'avons dit, la fréquence plus grande de la carie des incisives supérieures, de là, aussi les dépôts de tartre, provenant de la sécrétion de la parotide, à la mâchoire inférieure.

Dans les cas de stomatite locale, les rapports entre la sécrétion de la salive et celle du mucus buccal sont notablement affectés. Une expérience très concluante de M. John Tomes démontre que l'irritation de la membrane muqueuse en modifie la sécrétion au point de la rendre capable d'altérer les dents qui sont en contact avec elle. Ayant enlevé le tissu ramolli d'une petite cavité située au côté externe d'une première bicuspide de la mâchoire supérieure, il introduisit et tassa du coton entre les deux dents voisines, de manière à presser fortement sur la gencive. Le pansement était renouvelé tous les trois jours. Dès la première application, la gencive s'enflamma et devint saignante. Au bout de quinze jours, le ramollissement de l'ivoire s'était étendu à une grande profondeur, témoignant clairement du mauvais effet du traitement. Même résultat quand on laisse la matière d'obturation d'une cavité faire saillie, de manière à entretenir un état d'irritation dans les gencives voisines. Au bout de quelques temps, le malade revient avec une douleur de dent; vous examinez l'organe et vous constatez qu'il s'est

creusé au-dessous du plombage, dans le voisinage de la gencive irritée.

Chez les personnes qui ont la funeste habitude de manger sans boire, dans les maladies où la diète est forcée ou prescrite, la sécrétion de la salive est considérablement diminuée ou presque nulle. En même temps la sécrétion muqueuse s'exalte. De là des nombreuses altérations du système dentaire. Dans les dyspepsies, il arrive quelquefois que la salive devient extrêmement visqueuse, susceptible d'être étirée en longs filaments comme le blanc d'œuf. C'est exclusivement se mucus buccal qui acquiert cette excessive viscosité, et celle-ci, l'empêchant de se mélanger avec a salive, il en résulte des caries aussi actives que nombreuses.

Une des causes les plus puissantes de l'acidité des liquides buccaux réside dans l'alimentation sucrée. Cette assertion demande quelques mots d'explication.

On sait que les féculents n'agissent sur la nutrition qu'en se transformant en sucre du raisin (glucose); et cependant, loin de nuire au système dentaire, ils constituent de beaucoup l'alimentation la plus favorable au maintien de son intégrité. D'où vient cette heureuse influence? D'où vient au contraire l'action désastreuse de l'alimentation sucrée ?

C'est que le sucre ingéré est absorbé en nature (1), tandis que les féculents exigent, pour se métamorphoser, une fermentation qui s'opère dans le tube digestif à la faveur des ferments qui s'y rencontrent, et de l'acidité tant du suc gastrique que du sucre intestinal (Leven). Il en résulte une différence fondamentale suivant le cas; le suc intestinal reste acide après l'alimentation sucrée, il devient neutre ou même alcalisé, quand l'aliment est féculent. Par conséquent, le travail de la digestion des féculents emploie et épuise la production acide de l'intestin que l'ingestion du sucre laisse subsister toute entière; et voilà la raison principale pour laquelle les principes acides prédominent dans l'économie après l'usage des aliments sucrés, au grand préjudice du système dentaire, tandis que l'alimentation féculente engendre un état des humeurs diamétralement opposé.

Le sucre de canne exerce encore sur l'économie un autre genre d'action qui le rend plus nuisible que le glucose.

Dans nos laboratoires, sous l'influence de la chaleur de l'ébullition, l'eau hydrate le sucre et le transforme en glycose.

Les acides changent rapidement le sucre de canne en glucose et forment ensuite de l'acide ulmique et de l'acide formique, comme l'a prouvé M. Laborde; le suc gastrique doit à son acidité la propriété de transformer le sucre de canne en glucose, sous l'influence d'un ferment la même métamorphose a lieu (1). Un grand nombre de substances organiques azotées, telles que l'albumine, la fibrine, la caséine, ayant éprouvé à l'air un commencement d'altération, peuvent faire subir au sucre de canne une modification isomérique et le changer en acide lactique. Ainsi, dans l'estomac, en présence de la pepsine acidifiée, la transformation d'une partie du sucre ingéré, tant en glucose qu'en acide lactique, ne peut manquer de se faire.

Or le glucose renferme trois équivalents d'eau de plus que le sucre de canne, et ce dernier doit nécessairement, pour devenir un aliment respiratoire, se transformer en glucose, qui seul est réduit sous l'influence des alcalis du sang. Si donc une certaine portion du sucre de canne ingéré parvient dans le torrent circulatoire, sans avoir été transformé au préalable en glucose, il faut qu'il emprunte au sang lui-même les trois équivalents d'eau qui lui sont indispensables. Il en résulte un effet exactement semblable à celui de l'abstinence des boissons, si fatale au système dentaire.

En résumé, l'action de l'alimentation sucrée est très complexe. Il y a la fermentation du principe sucré *in situ*; c'est la théorie purement chimique que les dentistes inclinent, en général, à accepter sans réserve.

Il semble, toutefois, que le séjour de la solution sucrée dans la bouche ne soit point assez prolongé pour y occasionner un grand dommage. Vient ensuite l'acidification des humeurs, celle du liquide intestinal d'abord, puis par un effet secondaire, celle des liquides de la bouche. Le rôle étiologique de cette altération humorale est autrement important que celui de la transformation du sucre sur place. Enfin nous avons à tenir compte d'une action vitale, d'une sorte de déchéance organique, provenant d'une alimentation vicieuse, parce qu'elle n'est point appropriée à notre organisation. Que l'on explique, si on le peut, pourquoi la chenille du *smerinthus ocellata*, par exemple, ne résiste pas à un changement de nourriture! Chez l'homme omnivore, la nourriture sucrée ne va pas jusqu'à détruire l'existence; mais elle nuit à la conservation des dents par suite d'une déviation, d'une aberration dans le mode de fonctionnement de certains organes qui, comme les premières parties de l'intestin grêle, sont normalement destinées à effectuer la digestion des matières amylacées.

Le café au lait, le thé et le chocolat pris au premier déjeuner, nuisent aux dents par le sucre qu'ils renferment en dissolution.

On n'est pas autorisé à incriminer, avec certains dentistes, la haute température de ces trois espèces de boisson alimentaire, car, si telle était la cause qui engendre la carie dentaire, on observerait les mêmes effets fâcheux chez ceux qui se nourrissent de soupes. La prudence commande toutefois de s'abstenir de boissons trop chaudes.

(1) D'après M. Leven (*in* Mémoire de l'Académie de médecine, 15 octobre 1874), 5 grammes de glucose dissous dans 30 grammes d'eau, sont absorbés au bout de vingt minutes, sans qu'on retrouve trace de sucre, ni dans l'estomac, ni dans l'intestin. S'il s'agit de fécule, à la deuxième heure, on trouve des quantités notables de sucre dans le sang de la veine porte et une petite portion dans l'intestin.

(1) C'est le même corps azoté que Mitscherlich a découvert dans la levûre de bière.

ou trop froides, dont l'impression subite pourrait amener des fissures dans l'émail de la dent et favoriser par là l'action des substances capables d'altérer l'ivoire.

Jusqu'à présent, rien ne prouve que la caféine, la théine et la théobromine exercent une action destructive sur les dents. D'après Lehmann, ces agents augmentent la sécrétion biliaire et l'excrétion de l'urée; ils favoriseraient donc, loin de l'entraver, le mouvement vital de la nutrition, en activant la désassimilation, et, par une sorte d'effet médiat, l'assimilation corrélative. M. Leven affirme qu'ils retardent la digestion, par le sucre accéléré. A dose modérée, ils conviennent aux adultes et aux vieillards ; mais ils sont nuisibles aux enfants, chez lesquels l'action organique n'a pas besoin de stimulation artificielle.

Dans ses éléments d'hygiène de la bouche, M. Andrieu affirme que le chocolat, lorsqu'il est mangé cuit ou délayé avec du lait ou de l'eau, n'a pas d'inconvénient pour les dents. Mais lorsqu'on le mange sec, dit-il, il est alors très dangereux. Cette dernière assertion est exactement l'expression des faits. « Presque tous les enfants qui sont accoutumés à croquer chaque jour, avec ou sans pain, une ou plusieurs tablettes sèches, perdent prématurément leurs dents de première et même de seconde dentition, ravagées par la carie la plus hideuse. Cela est si vrai qu'il nous arrive parfois de dire, à première vue, en visitant la bouche des enfants qu'on nous amène : voilà des dents de mangeur de chocolat, et il est bien rare que nous nous trompions. » Il est hors de doute que, dans ce cas, l'action nocive du chocolat est portée à sa plus haute puissance. A l'influence locale prolongée des parcelles qui imprégnées de salive, deviennent collantes, s'attachent aux gencives et à la sertissure des dents, s'ajoute l'effet mécanique exercé sur l'émail pendant la mastication. Mais ce n'est pas une raison de nier l'action désastreuse des principes sucrés du chocolat. Seulement il faut remarquer que ceux-ci ne produisent la plus grande partie de leurs effets qu'après l'absorption.

MEDECINE PRATIQUE

—

Des complications de la Scarlatine.

L'importance du sujet légitimera, nous l'espérons, aux yeux de nos lecteurs, ce deuxième article dans lequel nous nous proposons de passer en revue principalement les complications si nombreuses de la scarlatine.

I

Revenons d'abord sur les manifestations angineuses. — L'angine régulière du début, revêtant les caractères que nous avons rappelés dans le précédent article, loin d'être une complication, est un des plus précieux éléments du diagnostic lorsqu'elle se produit un peu avant l'exanthème ou qu'elle apparaît simultanément. On l'a vue retarder jusqu'au troisième jour de l'éruption; mais cette angine commune retardée doit être, en tous cas, soigneusement distinguée de l'*angine diphthérique* secondaire, complication redoutable.

Nous avons fait remarquer combien l'enduit pultacé qui s'étale sur les amygdales diffère, par sa mollesse, des fausses membranes de la diphthérie. Cependant il faut être prévenu que le diagnostic offre parfois une réelle difficulté; car, si le plus souvent l'angine diphthérique apparaît tardivement à la fin de l'éruption ou après celle-ci, elle se montre par exception plus précoce. Aussi comprenons-nous sans peine l'hésitation qu'éprouva un clinicien, même aussi consommé que M. Cadet de Gassicourt (1), dans un cas où existaient simultanément un enduit pultacé et des fausses membranes nacrées dont la nature diphthérique ne fut évidente qu'après la disparition du premier.

C'est ici le lieu de rappeler combien l'opinion médicale a été divisée sur la nature des fausses membranes de la scarlatine.

Faut-il les appeler diphthériques ou diphthéroïdes ? — Halbey (de Wetzlar) (2) a résumé ainsi les arguments qui lui paraissent militer en faveur de la non identité de l'angine scarlatineuse maligne et de l'angine diphthérique : rien ne distinguerait leurs exsudats dans leur aspect extérieur ; mais la première se localiserait dans la gorge et le nez, la seconde envahirait surtout les voies respiratoires, les parties génitales, la conjonctive, la peau ; la première se cantonnerait plus souvent sur les amygdales, respectant la luette, les piliers et la paroi pharyngienne postérieure ; elle ne serait point suivie de paralysie, débuterait plus brusquement et déterminerait une dysphagie plus rapide et plus intense que la seconde.

Pourtant la majorité des médecins en France admet maintenant que la diphthérie véritable est fréquente dans le cours de la scarlatine ; les amygdales enflammées sont comme un point d'appel et une porte d'entrée. Mais cette diphthérie, comme l'a avancé Trousseau contre Graves, n'a point une grande tendance à envahir les voies aériennes ; sa formule célèbre : « La scarlatine n'aime pas le larynx, » est encore tenue pour vraie par les maîtres d'aujourd'hui.

Ajoutons cependant qu'il y aurait, aux yeux de quelques praticiens, des cas où l'on doit rattacher à la scarlatine elle-même certaines fausses membranes résistantes assez adhérentes, se reproduisant après l'arrachement avec tendance à l'ulcération des tissus sous-jacents, et il n'y faut pas voir une complication réellement diphthérique. C'est du moins la conclusion qui nous parait ressortir d'une observation prise dans le service de M. Gallard et publiée sous le titre de pseudo-diphthérie pharyngo-nasale dans la scarlatine (3).

(1) France médicale, septembre 1881.
(2) Berlin Klin. Wochens. 1877.
(3) Gazette des hôpitaux, 13 août 1881.

Il faut encore citer une complication rare de l'angine, c'est la forme *gangréneuse* qui a été vue quelquefois entrainant le sphacèle des amygdales. Cet accident nous parait résulter moins de l'intensité du processus inflammatoire local que de la tendance adynamique du sujet. Aussi ne croyons-nous pas qu'il y ait lieu, en pareil cas, de faire application de quelques sangsues. Ce serait plutôt à des insufflations de poudre de quinquina ou de chlorure de chaux, aux attouchements avec un pinceau imprégné de jus de citron, à la déglutition fréquente de menus fragments de glace que nous aurions recours, et surtout à un traitement tonique général.

L'angine de la forme commune ne réclame pas d'autre indication qu'un gargarisme anodin. Quant à l'angine diphthérique, nous en avons assez longuement discuté le traitement ici même, pour n'y pas revenir aujourd'hui.

II

Les *adénopathies* dont s'accompagne la scarlatine sont de deux espèces. L'angine peut avoir pour retentissement un engorgement ganglionnaire commun, vulgaire, sans empâtement ou avec empâtement peu prononcé. Mais, le *facteur infectieux*, pour employer une expression de M. Cadet de Gassicourt, entraîne un accident plus grave, le *bubon scarlatineux, — pestiferam morbi naturam redolens,* disait un ancien.

Les engorgements ganglionnaires simples, les plus fréquents heureusement, siègent non pas, comme on l'a dit à tort, dans la parotide, mais dans les régions sous-maxillaire, sous-sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire. — Dans les cas bénins, les ganglions tuméfiés restent mobiles et faciles à délimiter par le toucher. S'ils sont nombreux et très-gros, ils peuvent causer de la douleur et de la gêne dans les mouvements du cou, une sorte de torticolis. Mais ils ne s'accompagnent pas d'une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire, comme les véritables bubons infectieux.

Ceux-ci disparaissent au milieu de l'empâtement général de la région. Il est fréquent de voir toute la chaine ganglionnaire du cou prise en masse, depuis la clavicule jusqu'à l'angle de la mâchoire, et, si l'engorgement est bilatéral, on se rappelle de prime abord l'aspect classique des malades atteints d'oreillons, à la vue de cette tête que fait paraître trop petite l'élargissement de sa base de sustentation.

Au niveau des parties tuméfiées la peau présente souvent une rougeur diffuse, et la palpation peut, de très bonne heure, faire percevoir une sensation de fluctuation. Il est bon d'être prévenu que cette sensation est alors illusoire en général, capable d'abuser même la main exercée d'un chirurgien, et qu'une incision faite en pareil cas, tout en offrant peut-être l'avantage de procurer un certain soulagement par le débridement de tissus étranglés, ne serait pas suivie d'un écoulement de pus. Aussi, à moins d'avoir acquis la certitude de rencontrer une collection purulente sous-sterno-mastoïdienne, mieux vaudrait, sans doute, faire une ponction exploratrice.

Sans être absolument funeste, le pronostic des bubons scarlatineux est grave, très grave pour plusieurs raisons. Chez les enfants chétifs, entachés de scrofule, ils deviennent le point de départ d'une abondante suppuration qui dissèque les muscles de la région; le pus peut, il est vrai, s'ouvrir une issue extérieure par la peau amincie, rouge et violacée, mais fuse parfois dans le médiastin, ulcère un gros vaisseau ou entraîne l'asphyxie par compression de la trachée.

III

Arrivons aux *complications articulaires* et *cardiaques* comprises sous la dénomination de *rhumatisme scarlatineux.*

Elles paraissent plus communes chez les adultes; le plus souvent elles consistent en douleurs articulaires de faible intensité qui ne sont ni localisées en un seul point, ni franchement généralisées, mais qui effleurent successivement plusieurs jointures, pieds, poignets, genoux, vertèbres du cou. A titre d'exception, Graves a cité un cas d'ankylose du coude consécutive à une arthrite scarlatineuse, et d'autres auteurs ont parlé de suppuration dans le rhumatisme scarlatineux, ce qui ne saurait surprendre outre mesure, puisque la pleurésie scarlatineuse est si souvent purulente.

La douleur peut s'accompagner de tuméfaction et d'une teinte érythémateuse des parties molles périarticulaires: la durée est variable, de quelques heures à huit ou quinze jours.

Si l'on prend la précaution, et on le doit, d'ausculter chaque jour le cœur des scarlatineux, on suivra, dans un grand nombre de cas, l'évolution d'endo-péricardites ordinairement légères, fugaces et passagères. Une péricardite sèche est la complication la plus fréquente; on en voit cependant de purulentes, nouvelle confirmation de la tendance pyogénique du poison scarlatineux.

On sait combien peu l'accord règne parmi les médecins sur la véritable place que ces manifestations cardio-articulaires de la scarlatine doivent occuper dans le cadre nosologique. Sont-elles sous la dépendance de la scarlatine elle-même? Sont-ce seulement des symptômes rhumatismaux réveillés par la perturbation que l'invasion de la scarlatine détermine dans l'organisme? Nous ne saurions mieux faire que de laisser ici la parole à l'un des cliniciens les plus distingués de ce temps, M. N. Guéneau de Mussy; on verra qu'il rapproche ingénieusement le rhumatisme scarlatin du rhumatisme blennorrhagique, à propos duquel une difficulté nosologique du même ordre est depuis longtemps en litige. « Je ne nie pas d'une manière absolue qu'il ne puisse y avoir des arthrites scarlatineuses et des arthrites blennorrhagiques. Je suis convaincu que la scarlatine comme la blennorhagie, favorise l'évolution de l'arthrite et en même temps la modifie, lui imprime son cachet, comme le fait d'ailleurs tout état morbide constitutionnel sur une maladie intercurrente, mais je suis porté à croire que ces deux affections jouent le rôle de causes occasionnelles et modificatrices de l'arthrite, plutôt qu'elles n'en sont la cause déterminante, la racine pathogénique.

Depuis trente-quatre ans que mon attention est fixée sur ce point, derrière ces arthrites blennorrhagiques ou scarlatineuses j'ai presque toujours trouvé des antécédents d'arthritisme ou de rhumatisme, soit chez le malade lui-même, soit dans sa race. J'ajouterai que chez les scarlatineux, l'impression du froid qui a si souvent une part importante dans le développement de l'anasarque, intervient d'une manière non moins incontestable » (1). Après une profession de foi aussi nette, venant d'un observateur de cette valeur, on serait sur le champ rallié à son opinion, qui a été aussi soutenue par MM. Peter et Sanné, si on ne savait qu'aux yeux d'autres médecins, tels que Trousseau et M. le professeur Jaccoud, le rhumatisme fait vraiment partie intégrante de la scarlatine, d'après cette théorie, la fièvre pourprée, ayant de l'affinité pour les séreuses comme la rougeole pour les muqueuses, porte ses manifestation sur les jointures, les plèvres, la séreuse endopéricardiaque au même titre qu'elle frappe la peau, les amygdales ou les reins. Entre des opinions si opposées et appuyées sur de telles autorités, c'est le cas de dire au lecteur :

Devine, si tu peux, et choisis, si tu l'oses.

A titre de manifestation arthritique, M. G. de Mussy a rapporté un cas dans lequel, concurremment à une péricardite et à des douleurs articulaires, se montra une congestion des membranes de l'œil droit, kérato-conjonctivite iritis et même apoplexie rétinienne. Enfin il ne faut pas oublier que la chorée, dont la parenté étroite avec le rhumatisme a été mise en lumière par M. G. Sée, apparaît assez souvent à la suite d'une scarlatine, et « il n'est pas rare, chez les enfants, de trouver la chorée, et une affection cardiaque, reliquats d'une scarlatine antérieure compliquée de rhumatisme. » (2)

Au point de vue thérapeutique, nous rappellerons que l'imminence de la néphrite dans toute scarlatine contre-indique formellement l'emploi qu'on pourrait être tenté de faire du salicylate de soude contre les manifestations rhumatoïdes. Dans les cas ordinaires, les onctions avec la pommade mercurielle fortement belladonnée et l'application de cataplasmes laudanisés sur les jointures souffrantes suffiront; au besoin, le sulfate de quinine à l'intérieur administré avec ménagement. Si l'on peut craindre que l'intensité de la fluxion ne mène à la suppuration, il est indiqué d'immobiliser la jointure par deux attelles platrées permettant l'application de révulsifs, tels que vésicatoires volants et pointes de feu.

Contre les accidents endo-péricardiques, nous nous contenterons de vésicatoires sur la région précordiale et d'iodure de potassium à faible dose.

Mentionnons la fréquence de pleurésies purulentes, et purulentes rapidement, dès le douzième jour dans deux cas de Trousseau. On se conduira au point de vue thérapeutique comme vis-à-vis de toute autre pleurésie suppurée.

(1) Clinique médicale T. II. 1875.
(2) Hardy et Béhier. Pathologie interne, T. IV. 1850.

IV

L'*albuminurie* et l'*anasarque* sont les complications les plus fréquentes de la scarlatine, mais non les plus graves. La proportion des cas où l'albuminurie se montre, varie vraisemblablement beaucoup suivant les épidémies ; c'est la seule hypothèse qui puisse expliquer l'écart considérable entre les chiffres donnés par les auteurs, entre l'opinion de Gubler « tous les scarlatineux ont de l'albumine » ; de Vogel, 1 p. 100 ; de Cadet de Gassicourt, 21 fois sur 65 cas.

Albuminurie dans la scarlatine signifie toujours que le rein est en cause, mais tandis qu'au début, pendant l'invasion et l'éruption, elle est liée seulement à la congestion pyrétique, plus tard elle est habituellement l'indice d'une véritable néphrite. Par exception il semble ressortir d'une observation de M. le prof. Lépine (de Lyon) (1) qu'une erreur de régime, alimentation presque exclusive et excessive de viande au début de la convalescence, a pu amener une albuminurie dyscrasique transitoire avec attaque d'éclampsie.

L'albuminurie par congestion a été observée depuis la deuxième semaine jusqu'au quarante-deuxième jour. D'autre part, la néphrite peut se montrer de très bonne heure ; on en a cité un cas ayant entrainé la mort au dixième jour. (2)

La nature de cette néphrite, après avoir été considérée comme parenchymateuse (Lancereaux, Lécorché), est admise comme interstitielle depuis les travaux de Biermer, Kelsch, Kiener, Klebs ; ce serait une glomérulo-néphrite. Peu importe en somme au praticien cette question d'anatomie pathologique, mais l'intéressant serait de savoir si l'albuminurie est simplement une desquamation fatale des tubes urinifères analogue à la mue de la peau, ou si elle résulte de la congestion et de la néphrite, que l'absence de respiration cutanée entraine en imposant au rein un travail excessif. Dans le premier cas nous n'y pouvons rien ; dans le second, on pourrait espérer, en favorisant le bon fonctionnement du tégument externe, éviter l'albuminurie.

Blache, Guersant, Rilliet et Barthez, pensaient que l'anasarque et l'albuminurie n'étaient pas nécessairement liées l'une à l'autre. Les praticiens aujourd'hui sont peu disposés à croire à l'anasarque sans albuminurie au moins passagère. Par exception, l'albuminurie apparaît après l'œdème, ordinairement elle précède d'un ou deux jours l'anasarque et persiste toujours plus ou moins longtemps après la disparition de celle-ci. La quantité d'albumine excrétée serait en général faible, de 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures.

La durée de l'albuminurie par congestion varie de quarante-huit heures à dix ou quinze jours, celle de l'albuminurie par néphrite peut se prolonger un, deux mois, un ou deux ans et pourtant guérir.

Il faut bien savoir que les formes légères sont

(1) Revue mensuelle. février 1880
(2) J. Coats. Brit. méd. journ. 1874.

les plus communes de beaucoup; quant aux formes graves, elles peuvent l'être par l'anasarque, les épanchements dans les cavités séreuses et les parenchymes, ou par les accidents urémiques, comateux ou convulsifs.

L'hématurie existe, elle est un des symptômes habituels dans les scarlatines hémorrhagiques que nous signalions la dernière fois; elle peut durer, d'un à vingt-sept jours.

Quelle que soit la vérité relativement à ces questions si obscures encore de la pathogénie de l'anasarque, — et ce n'est pas à nous qu'il appartient de les trancher, — nous croyons que, sans tenir les enfants au lit quand la convalescence est pleinement établie, on doit cependant les maintenir dans des appartements à température douce et égale et ne leur permettre de sortir au grand air que lorsque la desquamation est absolument terminée. Ce n'est pas une question de date fixe, puisque rien n'est plus variable que la durée de la desquamation.

Quant au traitement à opposer à l'albuminurie lorsqu'elle existe, nous ne pouvons que prier nos lecteurs de se reporter à notre étude sur le traitement des néphrites.

V

Quelques complications exceptionnelles méritent encore d'être signalées. Ainsi on a vu des *hémorrhagies foudroyantes* consécutives à l'ulcération d'une artère ou d'une veine volumineuse par une suppuration — ganglionnaire, certaines *gangrènes* des pulpes digitales, de la pointe du nez, des paupières, des orteils (Langenbeck), — des curiosités pathologiques comme la *décoloration persistante de la peau et des cheveux* après une scarlatine (Walleuberg) M. Coll ns (1) a observé, au dixième jour d'une scarlatine régulière, une *glossite* avec gonflement si considérable que la déglutition et même la respiration se trouvaient entravées. Une application de sangsues sur le côté du foie ne procura aucun soulagement. Mais deux incisions faites avec une lancette parallèlement au raphé médian de la face inférieure de la langue, amenèrent une écoulement de sang et de sérosité qui fut suivi d'une prompte amélioration.

Il ne serait pas sans intérêt d'examiner encore différentes questions relatives à la genèse, à la propagation et à la prophylaxie de la scarlatine, mais il n'est pas dans l'allure de nos modestes études d'épuiser chaque sujet, et nous attendrons pour reprendre celui-ci quelque occasion ultérieure.

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale

2e partie. — Quinzième lettre

L'exercice de la médecine

La dernière question relative à l'exercice de la médecine est celle des deux ordres de praticiens qui actuellement jouissent du droit d'exercice.

Convient-il dans la législation nouvelle de réclamer le maintien du *statu quo*?

A cette question, nous répondons formellement: *Non.* Et en cela nous sommes d'accord avec la presque unanimité des praticiens.

Nos confrères, officiers de santé, ont apprécié différemment la question soulevée par le *Concours médical.* Les uns ont voulu voir une question personnelle où il n'y avait qu'une question de principes et ont répondu par des arguments personnels. Les autres ont vu une tentative faite dans l'intérêt de tous et se sont franchement ralliés aux principes que nous défendons. Mais au milieu de ces contradictions apparentes, un point reste admis par tous : *Il faut modifier l'état actuel.*

Les officiers de santé disent : pourquoi apporter à notre droit d'exercice des restrictions tellement contraires aux mœurs publiques que vous, ministère public, êtes forcé de fermer les yeux et de laisser sommeiller la loi que vous êtes chargé d'appliquer? L'Etat nous reconnaît le droit d'exercice, la confiance des clients doit faire le reste nous demandons la suppression de ces restrictions aussi blessantes pour notre dignité que vexatoires pour nos clients.

Du côté des docteurs, on tient le raisonnement suivant : l'Etat admet deux classes de praticiens auxquelles il réclame des garanties différentes, auxquelles il accorde des droits différents ; ils se montre absolument incapable de protéger les droits de l'une de ces classes, et cependant cette classe est celle à laquelle il impose le plus de sacrifices; en fait, après avoir exigé des garanties différentes, il accorde des droits égaux : c'est une situation intolérable pour nous et nous demandons qu'on mette fin à un privilège qui s'exerce contre nous.

Les deux raisonnements sont aussi justes l'un que l'autre; tous deux méritent de recevoir satisfaction. Mais faut-il que cette satisfaction soit accordée à l'un des plaignants aux dépens de l'autre? nous ne le pensons pas.

Supprimer, au point de vue du droit d'exercice, toute distinction entre docteurs et officiers de santé, sans rien modifier aux conditions d'obtention de ces divers grades, serait léser les premiers de la façon la plus inique.

Faire exécuter dans toute sa rigueur l'article de loi qui règle les droits différents des deux grades, serait méconnaître la justesse des griefs invoqués par les officiers de santé; ce serait de plus marcher à l'encontre des mœurs publiques et poursuivre une impossibilité.

C'est donc dans une refonte de la législation qui régit la médecine qu'il faut chercher la solution du problème qui nous occupe, car là seulement on pourra la trouver.

Examinons donc les divers projets proposés. Et tout d'abord, doit-il exister dans l'avenir deux classes de médecins?

Les défenseurs du principe des deux classes invoquent des raisons d'ordre différent :

L'Etat, disent-ils, doit veiller à ce que les campagnes aussi bien que les villes soient soustraites au charlatanisme et aux empiriques, il doit partout faciliter l'établissement de praticiens diplômés

auxquels on puisse avoir confiance et qui soient capables d'exercer l'art de guérir sans dommage aucun pour la santé publique. Or, certaines localités de peu d'importance, des villages perdus dans les campagnes ne sont guère faits pour attirer celui auquel l'Etat a conféré le grade de docteur : il peut donc y avoir avantage à admettre un second ordre de médecins qui, plus modestes, se contentent de ces situations dédaignées par les docteurs.

La suppression du grade d'officier de santé laisserait dépourvus de praticien un nombre de villages pauvres qui deviendraient immédiatement la proie du charlatanisme.

Ce raisonnement peut paraître sérieux, il s'appuie malheureusement sur une donnée fausse, Le savant rapport de M. Paul Bert sur la création de facultés nouvelles en province (1874) contient, département par département, le nombre respectif des docteurs et des officiers de santé; or, il ressort de ce tableau que les départements les moins biens pourvus de docteurs manquent également d'officiers de santé et que, dans les départements pauvres, pénurie se fait sentir des praticiens de l'un et de l'autre grade, tandis que, dans les départements riches, les deux ordres abondent également.

Nous ne blâmons certes pas les officiers de santé de n'aller s'établir que dans les pays qui peuvent les faire vivre, ils ont, à notre avis, bien raison; mais nous constatons que leur mission n'est pas de désservir les pays déshérités, et que le premier argument avancé en faveur du maintien des deux ordres ne repose sur aucun fondement.

On dit encore : le doctorat exige un temps considérable, occasionne de lourdes dépenses qui fatalement éloignent les modestes fortunes ; est-il bien d'un Etat démocratique de maintenir les fonctions de médecin entre les mains de quelques privilégiés de la fortune? ne faut-il pas craindre enfin que les docteurs soient trop peu nombreux pour désservir convenablement la population?

Nous comprenons mieux ces objections et nous sommes tous disposés à en tenir compte ; tous nous serons d'accord pour demander que la profession médicale soit ouverte à quiconque est capable de l'exercer convenablement, pour demander que les frais d'études soient réduits dans la mesure du possible.

Nous constatons que déjà un pas a été fait dans cette voie lorsqu'on a augmenté le nombre des facultés de médecine, lorsqu'on a ouvert des écoles de plein exercice. Nous ne doutons pas que de nouvelles satisfactions puissent encore être données, grâce à l'élan général pour tout ce qui concerne l'instruction publique.

Cette argumentation ne s'applique pas d'ailleurs exclusivement à la question des deux ordres de médecins, et nous la retrouverons quand nous exposerons le projet auquel nous nous rangeons.

Signalons encore ici l'argument d'un de nos confrères de Marseille : La clientèle est pour le praticien un capital véritable, mais ce capital qui a de la valeur entre ses mains, qu'il peut transmettre à son fils, dont il peut doter sa fille épousant un médecin, perd toute valeur hors ces conditions particulières : le praticien qui ne peut faire de son fils un docteur, mais qui parviendrait à en faire un officier de santé, sera condamné à perdre ce capital si l'on supprime le second ordre de médecins ; il sera donc lésé dans ses intérêts, même alors que sa situation personnelle serait respectée.

C'est, avec une pointe de sentiment en plus, le même argument : *Le doctorat coûte trop cher*.

Nous répondrons que nous ne demandons pas mieux que de voir diminuer les frais qu'il exige, et que tout effort dirigé en ce sens trouvera près de nous de chauds partisans. Nous répondrons encore que ces considérations, bien que sérieuses et dignes d'être mûrement pesées, ne sont pourtant pas les seules qui doivent guider le législateur et que, dans une situation semblable, il faut faire la somme des avantages et des inconvénients avant de se prononcer.

Un grand nombre de médecins, et nous savons que leur opinion a trouvé de l'écho au sein du Parlement, pensent qu'on pourrait concilier toutes les exigences en faisant pour la médecine ce qui a été fait pour le droit : un premier grade conférerait le droit d'exercice (licencié), un second (docteur) serait purement honorifique.

Les conditions d'admission au premier grade seraient les mêmes pour tous et les futurs docteurs, avant de poursuivre leurs études de doctorat, devraient l'obtenir ; en d'autres termes et pour nous servir des titres actuellement usités en médecine, nous dirons que tous devraient passer par le grade d'officier de santé : ceux qui s'en contenteraient pourraient exercer en toute liberté ; ceux qui voudraient atteindre le doctorat continueraient leurs études, mais le docteur n'aurait d'autres droits que l'officier de santé.

Un tel système est, à coup sûr, séduisant dans la pratique ; il amènerait malheureusement bien vite un abaissement notoire dans le savoir du corps médical : le premier grade conférant le droit d'exercice, le second ne serait guère recherché que par ceux qui *veulent faire de la science*, et ces derniers seront relativement peu nombreux.

Pour remédier à cet inconvénient, on imposerait peut-être le doctorat à quiconque voudrait arriver à l'agrégation, aux hôpitaux, etc... mais on se heurterait à une impossibilité pratique ; le médecin n'est pas un fonctionnaire qu'on expédie dans tel ou tel poste, qu'on déplace, qu'on fait avancer ou qu'on envoie en disgrâce ; qu'arriverait-il si, dans une ville, il ne se trouvait que des médecins possédant seulement le premier grade ? Il faudrait bien choisir parmi eux des médecins d'hôpital, un médecin de la prison et tant d'autres... Qu'arriverait-il si, ces nominations faites, arrivait un jeune médecin pourvu du diplôme supérieur ? Les difficultés seraient incessantes et inextricables.

Et au point de vue professionnel, la situation serait-elle meilleure ? Des revendications nouvelles se feraient jour, on invoquerait encore les frais considérables nécessités par l'obtention du second grade ; on dirait que les postes honori-

fiques sont réservés aux seuls privilégiés de la fortune... tous les griefs actuels reparaîtraient à un bref délai.

Cette situation légale pourrait sans doute nous être imposée, et nous la subirions peut-être assez facilement; nous ne devons pas la réclamer si nous nous plaçons sur le terrain professionnel et sur celui de la bonne confraternité.

Ces deux ordres de médecins sont certainement un obstacle à cette entente professionnelle si désirable, on nous comprendra facilement si nous disons qu'ailleurs est notre idéal. Dr A. Gassot. (de Chevilly).

P. S. Un organe s'est fondé récemment pour défendre la situation des officiers de santé. Nous avons été étonnés de voir son rédacteur prendre à partie le *Concours* qui n'attaque en rien cette situation et s'efforce même de l'améliorer. Nous ne pouvons que regretter d'y voir poindre contre le *Concours* des insinuations à coup sûr peu fondées, et provoquer, dans un but que nous ne saurions comprendre, des sentiments de jalousie professionnelle absolument inexplicables.

II

L'INSPECTORAT MÉDICAL DES EAUX MINÉRALES

Monsieur et honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de vous adresser un exemplaire du rapport lu à la Société médicale du Mont-Dore. Il a pour but la transformation de l'Inspectorat actuel.

L'importance de cette question, agitée déjà depuis longtemps, ne peut vous échapper. Aussi serions-nous heureux de voir nos confrères des Stations thermales françaises se réunir pour étudier sérieusement la question. Elle sera portée certainement devant la nouvelle Chambre, et il est très important qu'un mouvement général, partant du corps médical exerçant aux Eaux, vienne hâter sa solution.

Les adhésions seront centralisées au Secrétariat de la Société médicale du Mont-Dore. Son Comité est chargé de prendre les mesures les meilleures pour que cette importante question soit promptement résolue.

Veuillez agréer, honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président, Dr Alvin. *Le Secrétaire*, Dr Côhadon.

L'inspectorat des Eaux minérales, tel qu'il fonctionne actuellement a été organisé par décret du 28 janvier 1860, conformément aux articles 18 et 19 de la loi du 14 juillet 1858.

Depuis lors, les stations thermales et les eaux minérales, en effet, jouent un rôle considérable dans la thérapeutique et la prophylaxie des maladies.

Aussi voyons-nous les malades de nos stations minérales et thermales s'accroître d'année en année, et le nombre de leurs médecins augmente dans les mêmes proportions. Telle station qui comptait naguère un ou deux médecins, en compte quinze ou dix-huit. De là des situations nouvelles pour le corps médical ; de là, les discussions qui se sont élevées sur l'inspectorat médical.

Votre société, Messieurs, a nommé trois de ses membres pour vous soumettre des propositions sur l'inspectorat de Eaux minérales. Ce sont ces propositions que nous vous apportons.

L'inspecteur médical, tel que l'a fait le décret de 1860, comprend une surveillance plus nominale que réelle des eaux et de leur exploitation; elle attribue à l'inspecteur la police intérieure des établissements, et une autorité, du reste mal définie, sur la plupart des employés. Dans un autre ordre d'idées, le médecin-inspecteur est chargé du soin gratuit des indigents dans les stations où ils sont admis.

Parmi ces attributions, il n'est pas difficile de constater que plusieurs sont illusoires, et que les autres peuvent être distribuées différemment. Le médecin-inspecteur, il est vrai, doit adresser chaque année un rapport sur l'établissement qui est sous son contrôle ; mais cette obligation est souvent négligée. Il ne serait pas difficile de trouver, même parmi les inspecteurs actuels, plusieurs qui rejettent cette institution telle qu'elle est organisée.

Le corps médical des eaux se serait peu ému de cette inutilité, s'il n'avait vu dans l'inspectorat plusieurs inconvénients. Il vous suffira de signaler le suivant.

La loi de 1856 attribue la nomination des inspecteurs et sous-inspecteurs au Gouvernement, qui ne doit compte à personne de son choix. C'est dire que la nomination est due principalement à l'arbitraire.

La conclusion toute naturelle serait la réorganisation de l'inspectorat. Au lieu d'avoir un inspectorat inutile et repoussé par beaucoup de médecins, ne serait-il pas possible de créer un inspectorat vraiment utile et qui serait donné au concours ?

Cette solution nous paraît la meilleure ; il est incontestable, en effet, qu'il faut sur les Etablissements thermaux une surveillance médicale réelle et effective. Il faut que le médecin traitant, absorbé par ses malades, n'ait pas à s'occuper d'une foule de détails techniques qui ont pourtant leur importance. Pourquoi ne nommerait-on pas au concours des médecins-inspecteurs, chargés chacun de surveiller un groupe de stations thermales? Pourquoi la France minérale ne serait-elle pas divisée en quatre ou cinq inspectorats, dont les dignitaires, nommés au concours et rétribués convenablement, rendraient des services non plus imaginaires, mais très réels?

Ces inspecteurs, en effet, pourraient faire profiter toutes les stations de leurs connaissances et et études toutes spéciales.

Nous connaissons assez le corps médical pour affirmer que les indigents ne perdraient rien à être traités par les différents médecins d'une même station. Pas un seul ne refuserait ses soins aux déshérités de la fortune.

Telle nous paraît être la solution de la question et nous vous soumettons, Messieurs, les propositions suivantes :

1° L'Inspectorat médical des Eaux, tel qu'il existe actuellement, est supprimé.

2° Il sera créé un Inspectorat régional comprenant dans un même ressort un certain nombre de stations.

3° Les indigents de chaque station seront soignés par chaque médecin de ladite station, suivant un rôle qui sera connu et convenu d'avance.

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS.

Trichine et Trichinose. — La trichine et la trichinose sont toujours à l'ordre du jour. Le Dr Glazier, chirurgien de l'hôpital de la marine à Washington, fut chargé par le Congrès de faire une étude approfondie sur ce sujet. Son rapport est divisé en sept sections : 1o histoire de la découverte de la trichine ; 2o son histoire naturelle ; 3o théories sur son origine et son développement ; 4o histoire de la maladie et des épidémies causées par ce parasite ; symptômes, diagnostic et traitements ; 5o symptômes observés sur les divers animaux, et possibilité de l'apparition de formes épidémiques sur les porcs des Etats-Unis ; 6o prophylaxie, comprenant les lois qui régissent le commerce des porcs dans les différentes parties de l'Europe, avec quelques uns des résultats de l'examen comparatif des porcs américains et européens ; 7o Recommandation sur la méthode à employer et les précautions à observer dans l'examen des viandes trichinées.

L'auteur de ce travail important, qui est Américain, et qui a été chargé officiellement de cette mission, est porté à croire que plusieurs des assertions, concernant les porcs américains, ont été propagées par les parties intéressées ; c'est-à-dire surtout par les Allemands, Allemands de Prusse, et Allemands d'Autriche. On peut citer, entre autres, les attaques du professeur Viennois Heschel, qui affirme n'avoir trouvé qu'un seul cas de trichiue sur deux mille à deux mille cinq cent jambons wesphaliens, tandis que sur les jambons américains, il en a trouvé un sur dix et même sur cinq. Quoi qu'il en soit, le Docteur américain ne méconnait par l'importance d'un examen sérieux et systématique des viandes de porc, ni l'attention qu'on doit apporter à la nourriture et à l'hygiène des porcs vivants, en vue de prévenir l'origine de la maladie.

Un tel aveu, venant d'une telle autorité, est assez significatif, et n'a pas besoin de commentaires. — *(New-York médical Journal).*

Ne quittons pas ce sujet sans mentionner une nouvelle source de trichinose. Jusqu'ici on pensait, dit le « *Médical Record,* » que la trichine ne s'attaquait qu'aux animaux terrestres. Mais voilà qu'on vient d'en découvrir dans le corp d'un brochet pris aux environs d'Ostende. Le professeur Eleutein, micrographe distingué, a trouvé ce brochet complètement infecté de trichines. Le brochet est très-vorace, et en mangeant les reste d'un animal trichiné, il peut devenir victime de la trichinose, et par là même, transmettre la maladie aux personnes qui mangeront sa chair. On peut en dire autant de tous les autres animaux carnivores qui servent à notre alimentation.

Injections hypodermiques de morphine. — Le « *New-York medical Journal and Obstetrical Review,* » vante les résultats obtenus par le Dr Maberly-Smith, dans le traitement des convulsions puerpérales, par les *injections hypodermiques de morphine.* — La quantité à injecter est de 12 millig. et demi à 16 millig. 5, suivant la gravité des cas. La solution simple est préférable à la solution de *morphine et atropine* mélangées. Et il vaut mieux aussi faire de suite une injection assez forte que d'en faire successivement plusieurs petites. — Après la première injection, la malade peut encore avoir une attaque, avant que le médicament ait produit son effet ; mais elle est tranquille pendant plusieurs heures ; et, s'il survient une seconde attaque, elle est de beaucoup moins forte que les précédentes ; et une nouvelle injection, plus faible, suffit pour compléter la guérison. Depuis que ce traitement est institué à la Maternité de Melbourne, aucune accouchée n'a succombé à l'éclampsie puerpérale, bien qu'il se fût présenté plusieurs cas très graves qui auraient certainement amené la mort, au dire de l'auteur précité, s'ils avaient été traités de toute autre manière.

Le Dr Clarck, dans le « *Journal américain d'Obstétrique,* » confirme ces faits par d'autres faits analogues ; seulement, ses doses de morphines sont un peu plus fortes. L'expérience de ces deux médecins semblerait prouver qu'on accorde généralement trop peu d'importance à l'irritation nerveuse dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Pendant que nous sommes sur la question des injections hypodermiques, citons la découverte faite accidentellement *(accidental observation)*, par le Dr Tacke, des *propriétés hémostatiques de l'atropine.*

Ce médecin fut amené à administrer 0 gr. 30 centig. d'une solution d'atropine au 100e, en injection hypodermique, à une femme qui souffrait d'un eczéma ambulant *(wandering)*. Or, cette femme, qui était alors dans ses règles, perdait abondamment. Après la première injection, — les 30 centigr. furent injectés en deux doses dans la journée, — la menstruation fut excessivement modérée et redevint normale ; après la deuxième injection, l'écoulement de sang fut presque interrompu. Les mêmes effets furent reproduits sur d'autres femmes aux époques de leur menstruation.

Dans un cas d'*hémorrhagie pulmonaire,* on obtint également un résultat bien marqué.

L'ergot et l'atropiue sont tous deux mydriatiques : Quelle relation existe-t-il entre cette propriété et la propriété hémostatique ? Il faut espérer que de nouvelles et plus complètes expériences nous l'apprendront bientôt.

(Dr HÆEL, In « *Pharm. Centrall.,* » cité dans le « *New-Remedies,* » de *New-York*).

La cause du choléra-morbus épidémique serait-elle enfin trouvée ? — Dans une communication faite à « l'*Union médicale* » du Venezuela, le Dr Beauperthuy, des Universités de Paris et de Caracas, affirme que la cause du choléra-morbus épidémique réside dans l'aiguillon d'un insecte appartenant à l'ordre des hémiptères, classé des homoptères. En piquant la peau des animaux, l'insecte dépose son virus dans les tissus sous-cutanés. La piqûre ressemble à celle du moustique, et ne fait pas beaucoup de mal. Quand le point affecté est frotté immédiatement après l'introduction du poison, des taches livides apparaissent, semblables à celles qui résultent de la piqûre des serpents venimeux. Une piqûre ne suffit pas pour produire un résultat fatal. La gravité de la maladie dépend du nombre des piqûres et de leur siège. L'auteur considère alors les analogies qui existent entre les symptômes du choléra-morbus et les symptômes produits par la morsure des ser-

pents venimeux. Ses investigations, commencées en 1838 et continuées jusqu'à ce jour dans différentes régions de l'Amérique, conduisent le Dr Beauperthuy à affirmer que les *fièvres dépendent d'un virus végéto-animal dont l'introduction dans le corps résulte le plus souvent d'une véritable inoculation.*

(Extrait du New-médical Record.)

La fièvre jaune. — M. Pasteur, pendez-vous, on a vaincu sans vous !

Le Dr Manuel de Gama Lobo, de Rio-Janeiro, médecin de sa Majesté l'Empereur du Brésil, a fait un grand nombre de recherches microscopiques relatives à l'origine de la fièvre jaune. Il a trouvé à Vera-Cruz, Mexico, la Havane et Cuba, des preuves évidentes que ces localités sont le lieu d'origine du poison qui cause cette maladie. L'agent tonique dérive d'une espèce d'*infusoires (opunsia mexicana)* qui appartient à la *famille des bacillaires.*

(Extrait du « *Sanitary New* » et cité par le *Médical Record.*)

Que va dire de tout cela M. Pasteur ?

Ranger les *Bacilli* ou *bactéries* et les *infusoires* dans la même famille, quand ils sont placés aux extrémités de deux classes différentes ! Evidemment, dira notre impétueux chamoion, ces gens-là ne sont pas ferrés sur l'histoire naturelle ; et leurs expériences sont à recommencer. Et je crois bien qu'il aura raison.

Traitement de l'inflammation gastro-intestinale de la première et de la seconde enfance. — Le Dr Springs, de Mulberry (Arkansas) déclare avoir eu beaucoup de succès par le traitement suivant, qui a du moins le mérite d'être très énergique : 1o bains de *tannée* (jus d'écorce de chêne) à 26 ou 28 dég. c. durant 10 à 15 minutes ; 2o frictions de la tête aux pieds avec l'huile de foie de morue ; 3o placer sur la poitrine et le ventre des linges imbibés de tannée ; 4o envelopper l'enfant tout entier avec de la flanelle et le mettre au lit ; 5o répéter ce traitement toutes les quatre heures ; et administrer dans l'intervalle une cueillerée à thé de la potion suivante :

Sous-nitrate de bismuth	} ââ	8 grammes.
Craie préparée		
Sirop de baume de Tolu		30 —
Eau distillée de menthe		120 —

Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Ordinairement au bout de trois ou quatre applications de ce traitement, c'est-à-dire au bout de douze ou seize heures, on remarque une grande amélioration ; souvent même après le 1er bain.

Quand le sulfate de quinine se trouve indiqué, on en mêle chaque dose dans la cuillerée de la potion ci-dessus.

(Extrait du « médical and Surgical Reporter » de Philadelphie.

Honoraires médicaux. — A propos d'un médecin qui refusait de témoigner avant d'avoir reçu un juste salaire, un juge de district des Etats-Unis vient de déclarer « que le savoir et l'expérience professionnelle du « médecin étant réellement sa propriété individuelle, per« sonne ne peut le forcer à s'en servir gratuitement ; et « que le ministère public, pas plus qu'un particulier, n'a « le droit de lui extorquer un renseignement ou des ser« vices dépendant de sa profession, sans lui accorder une « raisonnable compensation *(a reasonable compensa« tion).* » (Tiré du « *Central Law Journal* »)

Hélas ! que n'avons-nous des juges comme aux Etats-Unis ! Dr Pombourcq *(d'Acheux).*

CHRONIQUE DES SYNDICATS

—

Monsieur et honoré confrère ;

Dans une réunion amicale des médecins de notre ville, réunion à laquelle l'impulsion donnée par votre excellent journal a largement contribué, bien des questions d'intérêts locaux (Société de secours mutuels, déontologie, etc). ont été touchées. Le principe de création d'un *Syndicat* a été adopté, création nécessaire, ainsi que le démontraient aisément les nombreuses questions soulevées en cette simple causerie.

Le principe posé, restait la ligne à suivre. Nous diviserons le travail en deux chapitres principaux : intérêts locaux, intérêts généraux : et pour cette seconde partie nous devons suivre les idées émises par le *Concours.*

Nous sommes peu nombreux adhérents à votre journal, dans notre région, cinq je crois, mais tous fervents partisans. Si quelques-uns de nos confrères n'ont pu entrer en communauté d'idées avec vous, c'est qu'ils ne connaissent pas exactement votre et notre ligne de conduite et les buts à atteindre. *C'est donc, au nom des docteurs Roulland, Pillet, Atghier et Carre (de Saint-Maixent) et en mon nom propre, que je vous prie d'adresser quelques numéros soit antérieurs, soit actuels (avec des formules d'adhésions)* aux médecins dont les noms suivent.....

Prévenus par nous, ils seront certainement pour vous de nouveaux adhérents d'ici peu, et, par le fait de leur adhésion, notre tâche, à nous, promoteurs du mouvement, sera fort allégée.

Croyez, mon cher confrère, que, bien que mes devoirs professionnels ne me permettent pas d'entrer plus souvent en communication d'idées avec vous, ni de devenir votre collaborateur scientifique, ainsi que vous me l'aviez proposé, je vous suis tout dévoué et sers votre cause en notre département le mieux que je puis. Vous connaissez, notre tarif, et nous nous sommes fort bien entendus sur les moyens de recouvrer les honoraires, d'ici peu notre livre noir sera rédigé.

Agréez,

Niort, 23 octobre 1881. Dr G. Béranger.

* *
*

Monsieur le Directeur.

Dimanche dernier, 23 octobre, a été tenue à Langon la réunion d'automne de l'association médicale de la Gironde.

A cette occasion, les médecins de la La Réole ont décidé de se réunir dans les premiers jours de novembre pour se constituer en syndicat.

Je viens donc vous prier de vouloir bien nous adresser tout les renseignements qui peuvent nous être utiles pour mener à bien cette œuvre éminemment confraternelle. Vous serez heureux, j'en suis sûr, de voir que la campagne que vous avez entreprise porte déjà ses fruits.

Veuillez agréer, Dr Duzan.

Membre du *Concours Médical*, à Lamotte-Landerron, Gironde.

Le Directeur-Gérant: A. C. ZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

19 Novembre 1881 — 3me Année. — N° 47

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Gautier* lit à l'Académie un travail *sur l'absorption continue du plomb dans notre alimentation journalière*. L'auteur indique un procédé nouveau du Dr G. Pouchet pour la recherche du plomb dans les aliments. Il chauffe les matières suspectes avec leur poids d'acide nitrique fumant, additionné de 22 0/0 de sulfate acide de potasse. Dès que l'effervescence est terminée, il obtient la destruction totale de la matière organique en ajoutant un excès d'acide sulfurique à la masse qu'il chauffe jusqu'à décoloration complète. Alors, étendant d'eau, et sans filtration préalable, il soumet la liqueur acide à l'action de quatre éléments de Bunsen. Le plomb tout entier se recueille sur la lame de platine de l'électrode négative. On le redissout par l'acide nitrique; on le précipite et dose à l'état de sulfate.

M. Gautier résume ainsi sa communication :

Notre alimentation journalière, et spécialement la consommation des matières alimentaires conservées en boîtes métalliques soudées an moyen d'alliages plombifères, introduit d'une manière presque incessante dans l'économie des quantités de plomb très appréciables.

Les aliments les plus chargés du métal toxique sont les substances riches en corps gras, et spécialement les poisons, surtout ceux qui sont conservés à l'huile. Les légumes ne contiennent que de minimes quantités de plomb.

Les viandes se chargent de doses de plomb très variables, et d'autant plus grandes sans doute qu'elles sont plus acides, que les surfaces des de soudures sont plus grandes et que l'alliage au contact duquel elles séjournent, est plus plombifère, que la matière alimentaire est plus grasse.

Les eaux potables, par leur séjour dans des réservoirs ou même des tuyaux de plomb, dissolvent une petite proportion de ce métal. Elles peuvent au contraire être bues en toute sécurité lorsqu'elles n'ont fait que couler à travers des conduits sans pouvoir s'y mêler à l'air.

Les eaux dites *de Seltz*, c'est-à-dire surchargées artificiellement d'acide carbonique, peuvent contenir des quantités de plomb très variables, et d'autant plus grandes que les vases qui les contiennent ont été plus longtemps conservés dans la position couchée.

Les boissons et les condiments acides, spécialement les vins blancs et le vinaigre, empruntent lentement aux parois des vases de cristal où on les conserve, une minime quantité de composés plombiques,

De toute part le plomb nous envahit, nous enveloppe et nous pénètre. Nos habitations sont peintes à la céruse; nos meubles en sont souvent enduits; les tissus dont nous nous recouvrons, les chaussures que nous portons, sont souvent imprégnés de préparations plombiques; notre vaisselle culinaire est recouverte d'un alliage plombique; nos vases de faïence sont vernis d'un borosilicate de plomb; nos cristaux contiennent jus-

qu'à 40 0[0 de leurs poids d'oxyde de ce métal; enfin j'ai trouvé de 150 à 300 grammes de plomb par mètre carré sur les toiles vernies imitant le linge damassé, dont il est de mode aujourd'hui de recouvrir les tables de nos salles à manger!

A prolonger cet état de choses il y a, croyons-nous, un danger réel, danger latent, insidieux, mais continu et certain, et, s'il ne faut pas se l'exagérer, il n'en faut pas moins faire tous nos efforts pour éviter, dans la consommation journalière de nos aliments, même les doses les plus faibles de plomb : les minimes doses de ce métal qui se trouvent dans beaucoup de nos aliments journaliers finissent, en s'additionnant, par faire des poids notables.

En conséquence M. Gautier demande qu'on règlemente, d'une façon très sévère à ce point de vue, l'industrie des conserves alimentaires, car c'est surtout ce genre d'alimentation qui paraît introduire dans l'économie la plus grande quantité de plomb.

Dr J. GEOFFROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence du déjeuner sucré ou féculent sur le système dentaire, par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines.

III

Quelle est l'influence de la race quant à la prédisposition à la carie dentaire? Cette question a été bien étudiée, au point de vue géographique, par M. Magitot et par Broca. M. Magitot a dressé une carte de la France (in *Traité de la carie dentaire*) sur laquelle la coloration des départements en trois teintes marque la fréquence plus ou moins grande de la carie. On constate aisément que les descendants, les plus purs de tout mélange, des deux principales races qui ont peuplé notre sol, sont représentés par les teintes extrêmes. Ainsi la Bretagne où la race, et même la langue celtique, se sont conservées intactes à travers les siècles, est teintée en blanc. Au contraire sa voisine la Normandie, puis la Flandre, l'Alsace et la Gascogne, peuplées en majorité par des représentants de la race kymrique, sont teintées en noir. Entre autres enseignements, cette carte fait justice de certains préjugés très répandus, tel que celui qui fait regarder l'usage du cidre comme funeste à la conservation des dents. Car, s'il est vrai qu'en Normandie où l'on consomme beaucoup de cidre, les dents soient de bonne heure et très généralement atteintes de carie, en Bretagne où l'on fait usage de la même boisson, la carie dentaire est rare. Il faut donc chercher ailleurs la cause efficiente du mal, et c'est ici le cas d'invoquer avant tout la différence de races.

Selon Broca, les populations de la France se séparent d'une manière générale, au point de vue de la carie dentaire, en deux grandes familles : la famille celtique, à individus petits et trapus et à dentition robuste, et la famille kymrique à individus grands et blonds, dont l'organisation dentaire est défectueuse.

Certes l'influence puissante de la race ne paraît pas contestable; mais est-elle inaccessible à toute action modificatrice? Voilà ce que je ne saurais admettre. Il y a, aux yeux de l'observateur, chez l'enfant, une vitalité assez énergique pour lutter victorieusement, après quelques générations, contre une tendance héréditaire vicieuse non diathésique, et il est supposable que la prédisposition à la carie, transmise par hérédité, disparaîtrait peu à peu, grâce aux croisements des alliances, grâce surtout à un régime irréprochable.

La nature de l'alimentation est, selon nous, le nœud de la question. En examinant attentivement les habitudes, les goûts et les usages des deux races mises en parallèle, on ne tarde pas à y découvrir des différences fondamentales, qui sont de nature à expliquer en grande partie les causes de la ligne de démarcation signalée par MM. Magitot et Broca. Obéissant à un penchant naturel, les descendants des anciens Germains donnent la préférence aux aliments sucrés, au premier déjeuner notamment mangent peu de pain, beaucoup de viande. Au contraire, les représentants de la race celtique affectionnent les aliments féculents, qui les gaudes (1), qui les pommes de terre, d'autres les châtaignes, selon les productions locales. Pour obtenir des notions exactes sur la part qui revient exclusivement à la nature de la race dans l'étiologie de la carie dentaire, il faudrait considérer des groupes placés dans des conditions bien identiques de climat, d'alimentation, de constitution, d'habitude.

Tant qu'on n'a pas exécuté un semblable travail, on est en droit d'apporter certaines réserves à l'affirmation de MM. Magitot et Broca. En admettant avec eux une prédisposition innée de la race teutonique à la carie dentaire, il ne faut pas oublier que la prédisposition ne suffit pas pour constituer à elle seule la maladie, et qu'il est absolument besoin de l'occasion favorable pour la faire éclater. Eh bien! il nous paraît évident que la cause occasionnelle dont l'intervention est indispensable à la production de la carie, c'est une

(1) Bouillie faite avec de la farine de maïs.

alimentation vicieuse. A cet égard, on ne saurait trop s'élever contre l'usage funeste du déjeuner sucré. La même prescription doit s'étendre à l'abstinence prolongée jusqu'à la fin de la matinée ou jusqu'au milieu du jour. Si le jeûne prescrit inconsidérément par l'Eglise était malheureusement généralement observé, rien ne serait plus fatal à l'intégrité des râteliers catholiques et, conséquemment, à la longévité humaine qui est subordonnée à une bonne mastication, source d'une digestion rapide.

Que de considérations sollicitent les parents à adopter pour leurs enfants un régime plus conforme à la nature, que celui qui a été, pour ainsi dire, consacré de nos jours par une civilisation quelquefois maladroite.

Déjà la carie dentaire sème la douleur sous les pas encore mal assurés de l'enfant en bas âge, qui, tout entier à ses joies si pures, à son entrain primesautier, à ses jeux innocents, n'est point fait pour la connaître. Ouvre-t-il la bouche, on aperçoit deux arcades noirâtres, d'un aspect hideux et repoussant. Bientôt la seconde dentition prélude par l'évolution de la première molaire. Mais à peine les mâchelières permanentes sont-elles sorties, qu'elles participent au sort des dents de lait, leurs voisines. La douleur occasionnée par leur altération est encore plus cuisante, plus tenace, plus intolérable que celle qui a été ressentie jusqu'alors. Vient la sixième année, et, peu à peu, à partir de là, les secondes dents se substituent aux affreux chicots qui déparaient la bouche de l'infortunée victime de l'ignorance, des préjugés ou de la faiblesse de ses parents. On s'imagine volontiers que la seconde dentition sera meilleure que la première. Vain espoir ! Les mêmes causes engendrent toujours les mêmes effets, plus lentement, il est vrai, au fur et à mesure que l'enfant se développe, mais non moins fatalement. Tantôt c'est une petite ou une grosse molaire, tantôt une canine ou une incisive qui est creusée, puis détruite par la carie. Car, il ne faut pas se bercer d'illusions, à cet âge, toute dent altérée est une dent perdue, et il faut, tôt ou tard en faire le sacrifice. De là, tant de brèche-dents dans la société contemporaine, de là, tant de dyspeptiques par insuffisance de mastication des aliments ; de là aussi la vogue extraordinaire des dentistes, dont l'art a heureusement réalisé des progrès considérables en harmonie avec les besoins nouveaux de la clientèle.

Mais n'eût-il pas mieux valu imposer à l'enfant l'usage de la soupe qui fait le soldat, en attendant que, soldat, il fasse la soupe, plutôt que de l'exposer, soit par faiblesse, soit par indifférence, aux inconvénients si nombreux de la carie dentaire.

C'est surtout à la conservation de la denture que s'applique justement le proverbe anglais souvent cité : « *an ounce of prevention is better than a pound of cure*, » littéralement : une once d'hygiène préventive vaut mieux qu'une livre de traitement curatif.

Voyez ces beaux vieillards, dont la vigueur défiant le progrès de l'âge, fait l'admiration de tous ! Soyez sûrs que leur verte vieillesse, ils la doivent à un appareil dentaire irréprochable. Ils n'ont point connu les douleurs parfois atroces de la carie. Grâce à une bonne mastication, leurs digestions n'ont point été laborieuses. Ainsi, jeunesse exempte de souffrances, vieillesse prolongée, telle est la double récompense de ceux qui, dès leur plus tendre enfance, se sont astreints à une alimentation rationnelle.

Ces magnifiques avantages valent bien la peine qu'on se prive de l'agrément problématique d'un déjeuner sucré.

Puissent les mères, soucieuses de la santé et de l'avenir de leurs enfants, se bien persuader de l'importance de nos conseils ! Elles prépareront au pays une race forte et robuste ; elles auront bien mérité de la famille et de la patrie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Organisation générale des syndicats médicaux.

Mon cher Directeur,

Vous avez bien fait de réclamer le travail que je vous ai proposé de faire à l'adresse de ceux de nos confrères qui nous demandent des renseignements sur la façon de s'y prendre pour constituer un syndicat médical. Je vous l'envoie donc résumé d'après les articles publiés par la rédaction du *Concours* dans le nº 20 de cette année, et par moi dans le Nº 22 de la même année.

Vous comprendrez, du reste, que je ne puis donner que des indications très générales et d'une élasticité telle que l'on puisse les suivre partout. Quant aux détails, c'est le propre de chacun des groupes médicaux de les régler au mieux de ses intérêts, en tenant compte des us et coutumes de l'endroit.

Lors donc qu'un certain nombre de médecins habitant la même région, ayant de fréquents rapports entre eux, et pouvant se réunir facilement en un point donné, ont échangé leurs idées sur le sujet qui nous occupe, et trouvent que le moment est venu de tenter la création d'un syndicat médical, le premier pas est fait, et l'on peut dire que le syndicat de cette région est fondé.

Nul besoin pour cela que *tous* les médecins de cette région aient donné leur adhésion. Evidemment il serait désirable que *tous* les médecins, sans exception, répondissent à l'appel ; mais ce serait trop beau, et il faut compter sur un certain nombre de dissidents. N'importe ; que les autres tiennent bon et je ne doute pas qu'ils ne ramènent ceux-ci tôt ou tard.

Mais, en attendant cette conversion future de leurs collègues et pour la préparer, ils peuvent déjà s'organiser. Pour cela, il n'y a qu'à provoquer chez l'un d'eux, notoirement sympathique au plus grand nombre, une réunion privée dans la

quelle, après avoir rappelé le but à atteindre, on procèdera à la nomination d'une commission chargée d'élaborer des statuts et devant présenter son travail dans un très bref délai (15 jours sont suffisants, chacun connaissant la question). Actuellement ce travail est singulièrement facilité par tout ce qui a été publié dans le *Concours médical.* D'ailleurs il doit être conçu dans les termes les plus larges possible, de manière à ne gêner, en quoi que ce soit, la liberté et l'indépendance qui est, à nous, médecins, notre bien le plus précieux. C'est dire tout de suite que la politique et la religion n'ont rien à voir dans cette question; et j'ajouterai que les *diverses doctrines médicales* doivent pouvoir se rencontrer dans un syndicat.

Lorsque cette commision a terminé son travail, tous les médecins adhérents au syndicat se réunissent de nouveau. Et, dans cette séance, on procède à l'élection du bureau ou Conseil de la chambre syndicale, peu importe le nom, puis l'on passe à la discussion et à l'adoption des divers articles des statuts, qui, je le répète, doivent être aussi larges que possible, et ne présenter rien qui sente, de près ou de loin, la chambre de discipline.

Cependant il est certaines règles, certains principes de déontologie confraternelle qu'il est utile de rappeler, et que nous trouvons consignés dans le règlement de l'association des médecins de la Nièvre que nous reproduisons ici (1).

1° Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels, et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards en actions et en paroles.

2° Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux besoins du moment et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie.

3° Il ne devra se représenter chez le malade que s'il est appelé en consu tation par le médecin traitant.

4° Le médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

La consultation faite à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidés, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre confrère.

5° Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

6° Dans tous les cas, il ne devra jamais accepter la succession dans cette maladie, soit aiguë, soit chronique.

7° Le cabinet du médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les réclament.

8° La *Société médicale de la Nièvre* fera appel aux sentiments de délicatesse de tous les médecins indistinctement pour l'observation de ce règlement. Elle s'engage à en surveiller l'application parmi es membres qui l'ont adopté.

(1) Voir *Concours médical* 1880 n° 25, 1881 n 22

L'observance loyale de ce règlement si simple, rend évidemment très faciles les rapports des médecins entre eux, et, par suite, pleins de confiance les uns dans les autres, ils peuvent, sans arrière-pensée, sans crainte aucune, tourner leur esprit vers la solution des nombreuses questions qui intéressent la profession.

De toutes ces questions, celle qui est la plus importante, celle qui prime toutes les autres, c'est la *question des honoraires.*

Je ne crains pas de le dire, à une époque où l'on paraît tant priser l'Instruction, il est honteux de voir des hommes, jouissant d'une instruction garantie par trois diplômes, aux prises avec les difficultés matérielles de la vie et forcément amenés à transformer la profession en un métier. Etonnez-vous donc après cela des défaillances qui peuvent se produire. Mais aussi, voyez combien rares elles sont, grâce à la bonne éducation des membres du corps médical.

Quoi qu'il en soit, il faut vivre; il faut que la profession nourrisse l'homme. Et à l'époque actuelle, avec le renchérissement des denrées de première nécessité, la vie devient de plus en plus difficile. Voilà pourquoi il faut, de toute évidence, majorer le prix des honoraires.

Pour le faire sur une base équitable, il faut: d'une part, comparer le prix des denrées alimentaires actuel avec le prix des mêmes denrées il y a trente ans ; d'autre part établir la même comparaison entre le prix de la visite médicale aujourd'hui et le prix de cette même visite il y a trente ans. C'est une simple règle de proportion à résoudre, et la solution pourra servir de base à l'établissement d'un tarif d'honoraires. Et ce tarif sera encore très modéré parce que, il y a trente ans, les exigences luxueuses de la vie étaient moins impérieuses qu'aujourd'hui, moins obligatoires pour nous, médecins, quels que soient, d'ailleurs nos goûts de simplicité.

Il faut donc établir un tarif d'honoraires rémunérateur. Evidemment, ce tarif ne peut être uniforme pour toute la France, et il faut, pour le fixer, tenir compte de bien des circonstances. Mais il y a toujours lieu, dans le même endroit, de distinguer la visite simple, la visite avec pansement, la visite d'urgence, où à heure fixe, ou demandée à une heure en dehors des tournées ordinaires, la visite de nuit, les consultations dans le cabinet, les consultations avec les confrères, etc. Puis vient le chapitre des opérations, celui des accouchements, les réductions de fractures et de luxations, etc., etc.

Voilà toutes choses pour lesquelles on peut établir un tarif minimum, en ayant soin de diviser la population en trois classes, tout en laissant la classe ouvrière en dehors de cette distribution.

C'est alors qu'on examine les rapports des médecins avec l'Assistance publique, (bureaux de bienfaisance, dispensaires, hôpitaux et hospices), avec les sociétés de Secours mutuels, avec la Justice; (honoraires médico-légaux).

Mais ce n'est pas tout; s'il est utile de fixer un tarif pour les honoraires, il faut, de toute nécessité, en assurer le recouvrement. A Dieu ne plaise que je vienne ici prêcher à mes confrères, toujours

si généreux, la sécheresse de cœur qui les amènerait à refuser leurs soins à quiconque ne peut les payer. Loin de là; il y aura toujours parmi nous, des *pauvres* que nous devrons soigner, et avec d'autant plus de sollicitude qu'ils n'ont pas le temps d'être malades. Mais il y aura toujours des *mendiants*, vrais parasites, exploitant les les diverses classes de la société, aux dépens desquelles ils mènent une vie qui ne doit pas manquer de charmes, si l'on en juge d'après le nombre de ceux qui l'embrassent. Voilà ceux que nous devons poursuivre, en nous les signalant. Si la création d'un *livre noir* a quelque chose d'odieux et de peu conforme à notre caractère chevaleresque, on peut y suppléer par des renseignements verbaux faciles à donner ou à obtenir, si l'on admet que les médecins syndiqués sont tenus d'assister aux réunions auxquelles ils sont convoqués. De cette façon, chaque membre du corps médical ne tardera pas à être renseigné sur la valeur commerciale des mauvais clients, qu'il traite en conséquence, et comme un homme averti.

D'ailleurs, quelques mois après l'envoi des notes, rien n'empêche d'en envoyer une seconde et très-peu de temps après celle-ci, de remettre aux mains d'un mandataire (autant que possible le même pour tous), la liste des notes demeurées en souffrance.

A propos des recouvrements des honoraires, il est un détail d'une importance capitale, c'est leur prescription. Je crois les syndicats seuls capables, par une pression unanime, d'arriver à faire modifier la législation à cet égard, comme sur beaucoup d'autres points.

Vous énumérerai-je, pour terminer, toutes les questions qui peuvent se présenter à l'étude des médecins syndiqués? A quoi bon? Chacun de nous connaît les desiderata de la profession. Le tout est, une fois le syndicat fondé, d'entretenir sa vie, en mettant toujours sur le tapis une question, soit d'intérêt local, soit d'intérêt général; ces études suivies, rapprochées les unes des autres, peuvent constituer une vaste enquête de laquelle doit partir l'amélioration de la profession médicale, de toutes certainement la plus belle, mais aussi la plus méconnue.

Je ne sais qui a eu le triste courage de dire que cette création des syndicats était la coalition des faibles, des déclassés de la profession. Notre syndicat du Havre est la meilleure réponse qu'on puisse faire à une telle assertion. Tous, ici, nous étions déjà unis, et, parmi les plus chauds partisans de l'Institution se trouvaient les heureux de la profession, ceux qui étaient arrivés; mais ceux-ci voyaient plus loin que leur personnalité, et, à travers leur satisfaction propre, ressentaient les souffrances des autres. C'est pourquoi, sur trente-deux confrères du Havre et de la banlieue, trente-et-un ont adhéré loyalement.

En terminant cette longue lettre, je ne puis que supplier nos confrères de bien vouloir adresser au « *Concours Médical* » toutes les communications relatives aux syndicats, afin d'*emmagasiner* en quelque sorte, dans les colonnes de ce journal, tous les renseignements ayant trait à cette question, que je considère comme vitale pour notre profession.

Pour moi, je n'ai plus rien à ajouter à tout ce que j'ai publié. Je suis heureux de voir que je n'ai pas tout-à-fait prêché dans le désert, et que ma faible voix, à moi, inconnu, a été écoutée du plus grand nombre. Il ne me reste plus qu'à effacer ma personnalité et à rentrer dans le rang et dans mon obscurité ordinaire.

Agréez, mon cher directeur, l'expression de tous mes meilleurs sentiments. Dr MARGUERITTE.

7 novembre 1881.

Nos allons faire imprimer des formules conçues en termes généraux et, en décembre, nous les tiendrons à la disposition aes membres du CONCOURS.

II

MÉDECINE CANTONALE (*suite*).

HUITIÈME LETTRE. (1)

On ne nous contestera pas que les tournées hebdomadaires nuisent au service. Chaque jour de la semaine a son travail tracé d'avance, et le médecin ne saurait le modifier, dût-il négliger sa clientèle ordinaire, dût-il ne pas se rendre près d'indigents qu'il a l'obligation de visiter demain, mais qui, aujourd'hui, réclament ses soins, qu'il s'agisse d'un accouchement, d'une fracture ou autre accident grave exigeant une prompte assistance. Le médecin cantonal qui aura dans sa circonscription un client très dangereusement malade, qui aura pratiqué une opération, ne pourra plus aller voir son malade ou son opéré deux jours de suite: l'ordre des tournées s'y oppose.

Ce n'est donc pas trop dire que d'affirmer l'impossibilité matérielle de respecter l'arrêté préfectoral. L'exercice de la médecine, à la campagne surtout, offre trop d'imprévu pour s'accommoder de la régularité des prescriptions administratives.

Ajoutons enfin que le traitement alloué au médecin cantonal est de *quatre cent dix-huit francs* par an! *Risum teneatis!* Voilà ce qu'on peut appeler de *l'originalité!*

3° *Les indigents sont très exigeants vis-à-vis du médecin officiel* (2).

Les indigents n'auraient-ils pas vis-à-vis du médecin officiel des exigences qui lui sera difficile combattre? Nous savons tous que tous les pauvres sont les plus difficiles de tous nos clients. Si nous ne répondons pas immédiatement à leur appel, ils ne craignent pas de dire que pour M. X..., qui est riche, nous sommes toujours prêts. De là des froissements de notre légitime susceptibilité que nous pardonnons au caractère

(1) Voir les nos 19, 22, 27, 28, 32, 33, 42.

(2) Le premier paragraphe de ce travail est dans le no 27; le deuxieme est dans le no 42 p. 509, 4e ligne avant la fin de la première colonne; c'est par suite d'une erreur typographique que l'indication 2o a été supprimée dans ce numéro et que les deux lignes qui font le titre de ce paragraphe n'ont pas été composées en italiques.

aigri de ceux qui souffrent, parce que nous les visitons charitablement, mais qui deviennent intolérables dans la pratique de la médecine rétribuée.

Nous ne saurions dire que les indigents aient de la reconnaissance pour le médecin qui leur donne ses soins gratuits, mais le médecin, du moins, conserve sa liberté et son indépendance. C'est au médecin officiel qu'on ne se fait aucun scrupule d'imposer des déplacements souvent inutiles et toujours onéreux. Le règlement de la médecine cantonale n'impose au médecin que l'obligation morale de visiter les pauvres qui lui sont confiés, il ne fixe ni le nombre, ni la fréquence des visites dont le médecin est le vrai, le seul juge, et autorise même le médecin à visiter, dans les cas urgents, le malade qui n'aurait pu se munir du bon de visite exigé dans les cas ordinaires et délivré à la mairie. Cet affranchissement du joug administratif a été critiqué par des médecins eux-mêmes. Nos confrères de la Sarthe se plaignent d'être trop souvent dérangés pour des *riens*; d'autres de ce que les malades cherchent à leur imposer des visites quotidiennes, quand il n'y a aucune utilité à ce qu'elles soient aussi fréquemment répétées.

Donnons au médecin la liberté de choisir les malades qu'il aura à soigner, et au malade celle de choisir son médecin, et dès lors tous ces inconvénients disparaissent.

4° *La nomination de médecins officiels nuit à l'indépendance du médecin choisi, et en fait un fonctionnaire.*

C'est le préfet qui nomme le *médecin cantonal* soit directement, soit sur la présentation du comité consultatif placé près de lui. Nous avons déjà exposé (Voir notre article sur la médecine cantonale dans la Sarthe, n° 7 du *Concours)* les inconvénients qui résultent de ce mode de nomination et l'avons considéré comme de nature à créer un monopole, un privilége fâcheux. Le Dr. Gyoux fait remarquer quelle vaste organisation résulterait de l'embrigadement de 5.800 docteurs en médecine (2 par canton), c'est-à-dire de plus du tiers des praticiens français; et quelle puissance dominatrice le gouvernement pourrait exercer, tant sur les indigents qui demandent leurs soins, que sur les citoyens aisés qu'ils trouvent sous leur influence par leur honorabilité et leur savoir. Serait-ce le moyen de faire du médecin l'ami, le conseiller du pauvre?

La situation faite au médecin lui est-elle plus favorable? Sans doute on trouvera des titulaires pour tous les postes. Les médecins qui débutent accepteront un mandat qui leur crée immédiatement une clientèle, mais combien de temps sacrifieront-ils leur indépendance à une position qui ne leur permettra pas de vivre, quand leurs confrères, libres de toute attache officielle, trouvent dans l'exercice de leur profession plus de satisfactions et une rémunération mieux en rapport, bien qu'insuffisante, avec leurs services. « *La position morale du médecin cantonal*, dit Tony Saucerotte, *est comme sa position matérielle, fort mince.* »

Faut-il, avec le même auteur, penser que les fonctions du médecin cantonal ne lui constituent un titre aux yeux de personne? Elles lui créent tout au moins un privilége, peu enviable il est vrai, et qui dit privilége fait croire à la supériorité de la personne choisie. Mais les titres scientifiques des médecins ne guident aucunement ceux qui ont la charge de les nommer. Dans l'Isère on a vu la faveur préfectorale s'attacher à une personne *non diplômée*. Donc, point de priviléges. « *Il n'y a de salut pour les institutions que dans la liberté et l'égalité. On vivait autrefois de priviléges, aujourd'hui on en meurt.* » (J. Simon, loi sur l'instruction primaire, *Moniteur* de 1867, p. 200).

N'aurions-nous pas encore à redouter les tracasseries administratives, l'ingérence importune des maires ou autres autorités dans le service, à propos de plaintes plus ou moins fondées. N'envions pas à l'*Allemagne* son organisation de médecins publics (*physicus*) établis dans chaque ville et hiérarchiquement soumis à un autre médecin public, siégeant au chef-lieu de la province, centralisant les rapports et remplissant les fonctions d'inspecteur. Dans certaines contrées de l'Allemagne, le médecin n'est pas libre d'exercer où il lui plaît; en Hanovre, il ne peut s'établir qu'avec l'autorisation de l'administration et ne peut quitter sa résidence sans une nouvelle autorisation; en Bavière, les médecins sont de véritables employés du gouvernement qui, sans les consulter, les envoie d'abord dans les districts les plus éloignés, dans les plus petits hameaux, leur donnant de l'avancement tous les deux ou trois ans, jusqu'à la fin de leur carrière.

On n'a pas osé tant faire en France, et nous n'avons donné ces détails que pour montrer où mène le fonctionnarisme chez nos voisins.

5° *La liste des indigents devrait être dressée par une commission dont serait membre de droit le médecin cantonal.*

N'y a-t-il pas lieu de craindre, en effet, que la liste adoptée, chaque année, ne s'augmente sans mesure par la complaisance du maire et l'influence de personnes employant leur crédit à secourir les indigents sans qu'il leur en coûte rien? « *La* « *municipalité pour être populaire*, dit Tony « Saucerotte, *inscrit ici sur les listes des indi-* « *gents la moitié des habitants des communes.* »

Ne faut-il pas craindre aussi, que, soit pour diminuer le chiffre des dépenses de la commune, soit pour des motifs d'ordre religieux ou politique, bien des personnes qui y devraient trouver place ne soient jamais inscrites sur les listes?

Dans les deux cas, le médecin est lésé, et son admission à la confection des listes nous paraît indiscutable.

(*à suivre.*) Dr MIGNEN (de Montaigu.)

III

L'INSPECTORAT MÉDICAL DES EAUX MINÉRALES

Trente-et-un médecins libres de Vichy, viennent d'adresser à leurs confrères la lettre suivante renfermant une pétition à M. le ministre de l'A-

griculture. Nous nous faisons un devoir d'insérer cette nouvelle protestation :

« Très honoré Confrère,

« Tous les médecins de Vichy, à l'exception des intéressés, viennent de signer la pétition qui suit.

« Elle est adressée à M. le ministre de l'Agriculture et au Parlement, pour les prier de mettre fin à cette institution surannée, à cette injustice criante, qu'on appelle l'inspectorat des eaux minérales.

« Après les articles si concluants qui ont été écrits, dans ces derniers temps ; après certaines nominations, où les titulaires étaient absolument étrangers à la pratique thermale, il n'y a plus à hésiter. — L'arbre n'a plus de sève, l'édifice est vermoulu; il faut les abattre.

« La plupart des inspecteurs sont, d'ailleurs, partisans de la suppression et l'ont réclamée avant leur investiture.

« Nous vous prions d'user de votre légitime influence auprès de la presse et des pouvoirs publics, pour nous seconder. Il est nécessaire que les autres villes d'eaux marchent sur nos traces et organisent un vaste pétitionnement. Quand nous aurons tous poussé une immense clameur d'indignation, il faudra bien qu'on nous entende.

Nous sommes résolus à mener énergiquement cette campagne, parce que nous savons que le plus grand nombre des députés-médecins et des journaux scientifiques nous accorderont leur précieux concours.

« Merci d'avance à tous les combattants de la bonne cause. »

« Monsieur le Ministre,

« Les soussignés, médecins à Vichy, à la suite de leurs confrères d'Aix, de Cauterets et d'autres stations, ont l'honneur d'appeler de nouveau votre attention sur la question de l'inspectorat des eaux minérales, tel qu'il fonctionne actuellement.

« Cette institution créée sous l'ancien régime, à titre de privilège, n'a plus sa raison d'être, et constitue, au bénéfice de quelques personnes, une haute faveur que rien ne justifie.

« C'est surtout vrai pour Vichy, où le gouvernement compte un représentant chargé de la partie administrative. L'inspecteur et ses prétendus aides n'ont pas d'autre attribution que de faire *le service de la gratuité*. Il est absolument inutile de maintenir un titre spécial, préjudiciable à ceux qui ne l'ont pas, pour atteindre ce résultat. Nos villes d'eaux n'auront, pour faire face à ce devoir, qui est un honneur, qu'à procéder comme on procède partout ailleurs... Il n'est pas, en effet, de localité en France, où ces soins convenablement organisés ne se distribuent avec la plus grande régularité.

« En conséquence, nous prenons la liberté de faire appel à votre haute sollicitude pour les intérêts de nos stations thermales, dont la bonne organisation importe également à la santé et à la fortune publiques *en vous signalant l'urgence de l'abolition de l'inspectorat médical.*

Veuillez agréer l'assurance de notre considération distinguée.

« Messieurs les docteurs :

« 1. Aurillac. — 2. Barudel. — 3. Blernawski. — 4. Bignon. — 5. Blanchet. — 6. Carolus de la Salzède. — 7. Champagnat. — 8. Charnaux. — 9. Chopard. — 10. Collongues. — 11. Durosier. — 12. Fournier. — 13. Gingibre. — 14. Grellety. — 15. Halbron. — 16. De Lalaubie. — 17. Lejeune. — 18. Lugagne. — 19. Millet-Lacombe. — 20. Navault. — 21. Nicolas. — 22. Passaquay. — 23. Pupier. — 24. Régnier. — 25. Sémerie. — 26. Sénac. — 27. Souligoux. — 28. Stavecki. — 29. Veillon. — 30. Valasco. — 31. Versepuy.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Péritonite aiguë, suppuration par l'ombilic, guérison.

M. *Legroux* présente à *la Société des hôpitaux* un malade qui est entré à l'hopital Laënnec, le 7 avril dernier, avec tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée : fièvre ardente, prostration, etc. Le traitement fut énergique et, dix jours après, il y avait de l'amélioration. Le jeune malade, homme de dix-neuf ans, avait été à l'Hôtel-Dieu avant de venir à Laënnec et y avait été traité pour des coliques saturnines qui avaient duré un mois environ. Les symptômes observés par M. Legroux étaient bien ceux d'une péritonite tuberculeuse; d'autant plus qu'il y avait de l'expiration prolongée au sommet gauche et une pleurésie peu abondante du même côté.

Sur ces entrefaites, un mois après l'entrée, apparut à l'ombilic une tumeur molle, qui s'ouvrit d'elle-même trois jours après, et donna issue à une notable quantité de pus. A partir de ce moment, l'amélioration fut constante et rapide. De 76 livres qu'il pesait à son entrée, le malade est aujourd'hui parvenu au poids de 116 livres, a bon appétit et se porte à merveille. La perforation ombilicale, après être restée fistuleuse pendant un certain temps, s'est refermée au moyen de bourgeons charnus. On peut en voir actuellement la cicatrice à la partie supérieure de l'ombilic. Il est à remarquer que ce n'est pas là l'endroit par lequel se vident de préférence les collections purulentes intra-abdominales : elles affectionnent bien plutôt le pourtour de l'ombilic.

Le diagnostic pouvait hésiter entre une péritonite localisée ou encore un abcès de la paroi. M. Legroux est persuadé qu'il s'est agi d'une péritonite aiguë généralisée dont le pus s'est spontanément fait jour par l'ombilic et qui est entiè-

rement comparable aux pleurésies purulentes des enfants qui s'ouvrent au dehors dans les espaces intercostaux.

*
* *

Invagination intestinale, expulsion de 40 centimètres d'intestin.

M. le docteur Grosoli vient de rapporter l'observation d'une invagination intestinale des plus curieuses par la façon dont elle s'est terminée. Il s'agit d'un enfant de dix ans qui, après avoir mangé des citrons et des oranges, peau et pépins compris, comme nous l'avons vu faire maintes fois dans le midi de la France, fut pris de violentes douleurs, lesquelles s'accompagnèrent bientôt de vomissements. Huile de ricin, purgation huileuse, lavement de sené et de gros sel, sangsues, lavements simples, injections hypodermiques d'atropine et de morphine, cataplasmes chauds, applications froides, électricité, restèrent sans effet.

Pendant ce temps, les symptômes augmentaient de gravité, les vomissements devenaient fétides, fécaloïdes, le ventre était extrêmement douloureux au toucher. Le petit malade était ainsi depuis douze jours à l'agonie, ne se soutenant que par des lavements nutritifs, lorsque M. le docteur Grosoli eut l'idée de lui faire administrer 30 grammes de mercure. Deux heures plus tard, il se produisait une expulsion de gaz et de matières fécales mélangées de sang et de mercure. Cette évacuation fut suivie d'un certain soulagement, mais les douleurs ne cessèrent qu'avec l'issue d'une membrane d'une odeur fortement gangreneuse. Le lendemain, le malade rendait une portion d'intestin grêle longue de 40 centimètres, et, pendant les quatorze jours qui suivirent, en même temps qu'il éprouvait encore quelques légères douleurs dans l'abdomen, il rendait de temps à autre des lambeaux d'intestin. Enfin la terminaison fut des plus heureuses, et, un mois plus tard, l'enfant était complètement guéri.

(*Paris médical.*)

*
* *

Estomac bilobé, lame de verre enkystée dans le péricarde.

Une femme de soixante-deux ans, alcoolique, mère de quatorze enfants, entrait, il y a quelque temps, à la Pitié, dans un état d'excitation cérébrale manifeste, ne répondant à aucune des questions qui lui étaient adressées et prononçant seulement des paroles incohérentes. Les urines et les selles étaient involontaires, les vomissements bilieux et fréquents, la diarrhée abondante. Cependant la langue était bonne; il n'existait ni fièvre, ni pneumonie pouvant expliquer l'existence du délire, pas de souffle au cœur, mais seulement quelques intermittences ; enfin dans les urines on ne trouvait ni sucre ni albumine.

Cet état continue pendant trois jours, après quoi la diarrhée seule persiste avec quelques vomissements liquides et bilieux de temps à autre et la malade mange deux portions. Mais quelques jours plus tard, nouvelle période d'excitation durant deux jours, après laquelle la malade reste dans un état de très grande dépression sans fièvre aucune ; vomissements et diarrhée persistent cependant malgré l'administration d'une potion composée de :

Laudanum de Sydenham...	XII gouttes.
Sous-nitrate de bismuth.....	8 grammes.
Julep gommeux............	120 —

Un mois après son entrée, apparition d'une tache gangreneuse de coloration noirâtre et de la largeur d'une pièce de 2 francs à la partie inférieure et externe de la joue gauche.

Bientôt la gangrène s'étend, se complique d'un œdème considérable des tissus périphériques descendant jusqu'à la clavicule et remontant jusqu'à la racine du cuir chevelu, et la malade succombe en quelques jours.

Parmi les lésions trouvées à l'autopsie, nous citerons principalement l'état du cœur libre dans le péricarde, si ce n'est dans un point circonscrit de la face postérieure près de la pointe, où l'on reconnaît au toucher la présence d'un corps dur. Celui-ci n'est autre qu'une lame de verre rectangulaire, se terminant par une pointe triangulaire et mesurant 4 centimètres et demi de longueur sur 7 millimètres de largeur. Elle suit la direction du sillon interventriculaire postérieur et se trouve emprisonnée entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péricarde qui ont contracté autour d'elle de solides adhérences et lui forment une loge complète. Elle descend un peu au-dessous de la pointe du cœur, sans perforer le péricarde ni le diaphragme adhérents normalement à ce niveau. Ce corps étranger, parfaitement toléré, probablement depuis longtemps déjà, n'avait déterminé dans les organes voisins aucune lésion apparente capable d'indiquer le trajet qu'il avait suivi avant de se loger ainsi définitivement entre les feuillets du péricarde.

L'estomac présente aussi une disposition très-curieuse, digne d'être notée. Il se compose, en effet, de deux portions réunies pas un conduit rétréci. La portion gauche la plus volumineuse est un peu moins grande que la paume de la main; sa forme se rapproche beaucoup de celle d'un estomac entier; elle communique d'une part avec l'œsophage, qui s'ouvre normalement dans sa cavité, et de l'autre, par le conduit rétréci, dans la seconde poche ou portion droite de l'organe. Celle-ci est d'un quart moins volumineuse que la précédente; elle est fusiforme et communique à droite avec le pylore, qui a conservé son aspect normal. Quant au conduit rétréci qui réunit les deux poches stomacales, il est long de 2 centimètres ; ses parois sont très épaisses, et son calibre est tel, qu'il laisse difficilement passer le petit doigt.

Cet estomac bilobé, congénitalement selon toutes probabilités, vu l'absence complète de cicatrices au niveau de la portion rétrécie, était vide ; sa face antérieure était libre de toute adhérence ancienne ou récente aux organes voisins; sur la face postérieure, vers la partie interne de la poche gauche ou œsophagienne, à un centimètre

environ de la partie rétrécie et à égale distance des deux bords supérieur et inférieur, on remarquait une perte de subtance comprenant toutes les tuniques de l'estomac et affectant, du côté de la séreuse, le diamètre d'une pièce de 50 centimes, tandis que du côté de la muqueuse elle offrait seulement le diamètre d'une pièce de 20 cent. Cette ulcération paraissait être de date déjà ancienne. De plus, les parois de l'estomac étaient très-épaisses, surtout à gauche. (*Progr. méd.*)

* * *

Grossesse nerveuse arrivée à terme; début du travail,

Par le docteur J. Rendu, chef de la clinique obstétricale à la Faculté de Lyon.

J'ai été témoin à la clinique obstétricale, service de M. le professeur Bouchacourt, d'un certain nom de ees cas pathologiques, improprement désignés dans les livres d'accouchement sous le nom de *fausse grossesse*. Le cas suivant est particulièrement intéressant par la multiplicité des symptômes, l'époque de leur apparition, leur groupement, etc., en un mot, par l'illusion complète qu'il a donnée de l'évolution d'une véritable grossesse, si bien que la personne en question, présentant au bout de neuf mois les douleurs de l'enfantement, a été admise d'urgence à la clinique de la Charité.

Maria P..., mécanicienne, à Lyon, 17 ans, blonde, de taille moyenne, bien conformée. Réglée à treize ans, la menstruation a été irrégulière jusqu'à l'âge de quinze ans; mais depuis cette époque, elle est parfaitement normale, l'écoulement menstruel durant chaque fois six ou huit jours. Elle n'a eu ni enfants ni fausses couches. Depuis quelques années, elle est sujette, bien que l'auscultation ne révèle aucune lésion organique, à des palpitations de cœur, à des sensations d'étouffement, à des douleurs disséminées dans les membres et localisées surtout au sommet de la tête.

Ses dernières règles sont venues le 15 février 1880 et n'ont pas reparu depuis lors; leur suppression serait due à des rapports qu'elle avait alors avec un jeune homme et desquels serait résultée une grossesse.

Le 19 novembre, c'est-à-dire *neuf* mois après, elle se présente à cinq heures du soir, à la clinique, se disant sur le point d'accoucher. La sœur de service, la voyant souffrir, et ne remarquant du reste dans son état rien qui ne fût de circonstance, la fit déshabiller et coucher à la salle des douleurs. J'arrive sur ces entrefaites, et je trouve cette personne offrant le cortége habituel des douleurs intermittentes dans les reins et dans le ventre; sa figure, un peu congestionnée, exprime en même temps la souffrance; rien, par conséquent, d'anormal jusqu'ici. J'explore alors l'abdomen, et bien vite je reconnais ce dont il s'agit. Mais, avant de dire ce que je constatais, notons quelques renseignements complémentaires qu'elle me donna sur la marche de sa prétendue grossesse.

Pendant les quatre premiers mois, elle eu des vomissements alimentaires quotidiens, soit pendant, soit après les repas, et de fréquents vomissements aqueux le matin, en se levant. A partir du quatrième mois, elle sentit très nettement, dit-elle, son enfant remuer dans la région de l'hypocondre gauche. Son ventre s'est développé peu à peu, et au moment où je la vis, il avait le volume de celui d'une primipare à terme. Je regrette de n'avoir pas pris alors ses dimensions, mais je puis affirmer que son degré de développement était tel, qu'il n'attira nullement mon attention. Depuis la suppression de ses règles, elle éprouvait, à plusieurs reprises dans la journée, la sensation de quelque chose qui, de l'estomac, semblait remonter jusqu'à la gorge; en même temps elle était prise d'étouffement; mais, heureusement, ces malaises étaient de courte durée. Il y avait de la constipation; les urines, plus abondantes qu'auparavant, étaient très claires, aqueuses; l'analyse que j'en pus faire moi-même ne décela ni sucre ni albumine. Trois mois avant de venir à la Charité, elle avait consulté Mme X..., sage-femme, à Lyon, qui n'avait pas hésité à se prononcer en faveur d'une grossesse de six mois.

Ce qui m'éclaira aussitôt sur le diagnostic de non grossesse, ce furent les signes négatifs fournis par le palper de l'abdomen. Les parois étaient tendues et offraient à la pression une rénitence manifeste; mais il n'était pas difficile néanmoins de s'assurer qu'elles ne cachaient aucun corps solide derrière elles; on ne trouvait rien, en effet, qui rappelât la consistance des parties fœtales. De plus, on constatait, par la percussion, de la tympanite sur toute l'étendue de la paroi abdominale.

L'inspection du ventre montrait une ligne brune rudimentaire, allant de l'ombilic à la symphyse pubienne. Les seins étaient peu développés; petite auréole primitive; mamelon rose; pas trace d'auréole secondaire. La malade disait sentir des picotements au seins et sous les bras, depuis un mois et demi environ.

Au toucher vaginal, le col était petit, médian, élevé et un peu mobile, tout à fait comme celui d'une vierge; il n'était nullement ramolli et rien de ce côté ne venait confirmer l'idée de grossesse. Il y avait un léger degré de barrure du bassin. La vulve était rose, sans la moindre lividité.

Mon examen terminé, je déclarai à cette jeune fille qu'elle n'était pas enceinte, ce qui la surprit singulièrement. Les douleurs continuèrent encore, revenant toutes les vingt minutes environ; le lendemain elles se ralentirent et disparurent tout-à-fait le surlendemain matin. *Les règles étaient revenues pendant la nuit.* Elles durèrent quatre jours, et quand la personne sortit de la clinique, son ventre avait repris son volume normal.

Un trait qui complète le tableau. Cette jeune personne revint quelques jours après nous demandant un certificat attestant qu'elle n'avait pas été enceinte et n'avait pas eu d'enfant. Sa mère l'exigeait pour garder sa fille chez elle.

Cette observation peut être considérée comme un type de ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *fausse grossesse* ou *grossesse nerveuse*. Rien n'y manque, en effet : vomissements du dé-

but, apparition au quatrième mois des mouvements actifs du fœtus, picotements des seins, développement progressif du ventre, et, au bout du neuvième mois, douleurs de l'enfantement. Il n'est pas jusqu'aux règles qui n'aient été supprimées pendant tout ce laps de temps. C'est même cette suppression menstruelle qui constitue le point principal de cette observation. Il résulte effectivement des recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré à ce sujet que, presque toujours, dans ces cas pathologiques simulant la grossesse, il y a persistance plus ou moins complète de l'écoulement menstruel. Je m'en suis assuré en parcourant les faits de ce genre publiés par Baudelocque, Girard (de Lyon), Bouchard, Esquirol, Tardieu, etc. Schrœder indique même, dans son Traité d'accouchements, cette persistance des règles comme un signe de diagnostic, dans les cas de grossesse nerveuse.

Une réflection pratique, en manière de conclusion.

Si un médecin eût eu ce cas dans sa clientèle, et qu'il se fût comporté comme tant de médecins encore aujourd'hui, c'est-à-dire s'il eut laissé les choses aller sans demander un examen au huitième ou au neuvième mois, son amour-propre n'aurait-il pas été blessé quand, se présentant pour accoucher une femme qu'il croyait enceinte, il aurait vu « la montagne accoucher d'une souris »!

Lyon-Médical.

REVUE ÉTRANGÈRE

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS

—

Traitement de la teigne.

M. *Alder Smith* en sa qualité de médecin résident à l'hôpital du Christ, à Londres, a eu l'occasion de voir un très grand nombre de cas de teigne négligés et devenus chroniques. Il remarque que, si le traitement n'est pas, dès le début, complet et profond, il y a une extrême difficulté d'obtenir la guérison.

« Nous avons à détruire », dit le professeur Alder Smith, « un fungus qui s'insinue rapidement dans les « profondeurs de l'épiderme, à l'intérieur du follicule, et « se dérobe par sa situation à l'atteinte des remèdes ap- « pliqués simplement à la surface du cuir chevelu». Si le cas est diagnostiqué de bonne heure et traité par une énergique application vésicante, il peut en général, guérir vite et sans peine. Mais négligé et traité par demi-mesures, il devient chronique et très difficile à guérir, après des mois, et souvent des années.

L'oléate de mercure dans ces cas a donné, entre les mains de M. Smith les meilleurs résultats; il recommande aussi fortement une onction faite d'un mélange de soufre, nitrate de mercure et acide carbolique, en parties égales. On doit diminuer la quantité de ces deux derniers produits, quand le malade est jeune et sensible. L'onction sera profonde et continuée jusqu'à disparition de la desquamation épidermique et des cheveux cassés. Lorsque le mal est chronique, limité, ou demande une guérison rapide, l'auteur conseille l'application d'huile de croton faite avec un pinceau en poil de chameau et suivis d'un vésicatoire. On continue, une semaine durant, après laquelle d'ordinaire on a obtenu une ulcération qui rend facile l'épilation et permet d'obtenir une entière guérison. On attaquera successivement par ce procédé tous les endroits malades, mais il serait imprudent de l'appliquer à la fois à de grandes surfaces ou à plusieurs petits points malades, (sans doute à cause des douleurs vives de l'ulcération).

(*Birmingham medic. Rev.* N° *XL*).

La propagation des maladies par l'alimentation, *par le Dr Vacher, de Birkenhead.*

D'après l'auteur, les maladies propagées par cette voie sont de trois ordres : miasmatiques, parasitaires et tuberculeuses. Les aliments peuvent eux-mêmes être nuisibles de trois manières; soit qu'ils se trouvent dans des conditions morbides, soit qu'ils servent de milieu à la nutrition ou la conservation des germes, et à leur multiplication; ou enfin qu'ils soient le lieu d'origine des germes morbides. Les aliments qui seuls peuvent transmettre les maladies sont le lait, la viande et leurs dérivés. La tubercule peut être ainsi communiquée aux enfants nourris avec du lait cru provenant de vaches tuberculeuses. Une maladie spécifique peut résulter de l'ingestion de viandes infectées de sang de rate ou de charbon, ou de trichines ou de cysticerques. Les liquides tels que le serum et le lait sont les milieux ou les éléments morbigènes trouvent leur aliment; on ne sait pas encore si l'alimentation végétale peut servir de la même manière de voir de propagation. Les aliments peuvent être aussi des agents de transmission, purement passifs des germes contagieux: le pain, les produits d'épicerie entre autres.

Dans ses conclusions l'auteur indique quatre moyens d'empêcher cette propagation des maladies : 1. Un système plus intelligent et plus scientifique d'inspection des matières alimentaires; 2. Une inspection plus soigneuse des laiteries et autres lieux de consommation du lait; 3. l'établissement d'hôpitaux pour les convalescents de maladies infectieuses et 4. Enfin une cuisson complète du lait et de toute viande destinée à l'alimentation de l'homme.

(*The Brit. med. journ.*, octobre 15-1881).

Nous avons, en France, un commencement d'acheminement vers ces règlements qui donnent la sécurité aux consommateurs des viandes de boucherie. Partout où il y a un abattoir, il y a un vétérinaire payé et qui inspecte tout ce qui entre dans l'établissement on en sort. Cet examen est lui-même jusqu'ici peu scientifique, je l'avoue; mais il y aurait grand avantage à mettre, dans les écoles vétérinaires, tous les jeunes gens, qui sortent avec le diplome, en état de se livrer à l'examen microscopique des viandes qui sont suspectes. Avec la prédominance donnée aujourd'hui, dans les écoles, aux études pratiques avec le microscope, nul doute que ce desideratum soit avant peu d'années partout comblé.

De l'influence du lait sur la propagation des maladies zymotiques, communication de M. *Hart,* au Congrès médical international de Londres. Parmi les maladies que l'ingestion du lait peut causer, l'auteur

s'arrête surtout à l'étude de la fièvre typhoïde, de la scarlatine et de la diphthérie. Le nombre des épidémies de fièvre typhoïde réunies dans le résumé de M. Hart, comme pouvant résulter de l'alimentation lactée est de 50, celles des épidémies de scarlatine de 14, et celles de diphtérie de 7; les cas observés sont en nombre ronds de 3500 pour la fièvre typhoïde, de 800 pour la scarlatine, et de 500 pour la diphthérie. Le poison typhoïde arriverait à se mêler au lait dans les réservoirs servant au lavage des pots qui contiennent le lait, et par l'eau employée pour étendre et frauder le lait. Dans 22 des 50 épidémies de fièvre typhoïde cités, ce mode de propagation est clairement établi par les observateurs, et dans les autres comme plus ou moins probable. Dans les laiteries mal tenues, il y a beaucoup de voies par lesquelles le germe contagieux peut se multiplier dans le lait, et l'auteur en donne de nombreux exemples.

La scarlatine se communique par contagion, quand la desquamation furfuracée se détache de l'epiderme malade; il faudrait ici prouver que ces débris epidermiques ont pu arriver jusqu'au lait. Dans la majorité des épidémies de scarlatine en question, les personnes occupées au service de la laiterie avaient en même temps donné leurs soins aux scarlatineux.

Dans aucune des sept épidémies de diphthérie dues au lait, on n'a pas pu connaître le mode de contagion attribuable au lait, bien que cette voie de contagion soit incontestable. On a pensé à une maladie de la mamelle de la vache, qui modifierait probablement la sécrétion lactée au point de provoquer l'apparition de la diphthérie chez l'homme; mais c'est là une simple conjecture.

En tous cas, c'est surtout chez les sujets qui absorbent les plus grandes quantités de lait que paraît la maladie. Les jeunes gens ou les enfants, et en général tous les grands buveurs de lait fournissent le plus de victimes. Les familles pauvres remplaçant le lait par le thé ou le cafe sont épargnées; les rues où l'on se fournit de lait dans les maisons mal tenues sont le siége du mal contagieux; sous le même toit les individus qui boivent du lait porteur du contage sont attaqués par le mal épidémique, et ceux qui prennent le lait à des sources pures sont épargnés.

(*Brit. med. Journal*, 8 oct. 81). Dr M. Picard.

COURRIER

Correspondance d'Algérie.

Nous détachons de la lettre d'un de nos correspondants, le passage suivant qui a trait à l'hygiène de nos troupes en Algérie.

« En attendant qu'il me soit possible de vous entretenir plus longuement de la santé de nos troupes en Algérie, je me bornerai à vous dire que le *Français* a conservé la triste habitude de vêtir ses troupes absolument de la même façon, dans toutes les expéditions qu'il entreprend, sous n'importe quelle latitude. Il nous serait, ce me semble, si facile d'imiter nos voisins les *Anglais*, beaucoup plus pratiques que nous sous tous les rapports. Quoi de plus dangereux, en effet, que la coiffure de nos zouaves, qui les expose constamment aux insolations les plus graves, en leur laissant à découvert la nuque, le visage, et la totalité du front. J'ai vu, dernièrement dans quelques journaux de France, qu'on réclamait pour nos troupes coloniales *algériennes*, le casque anglais en agave, à la fois léger et singulièrement protecteur. Quelques chefs de corps, plus avisés, ont même autorisé leurs officiers à acheter, de leurs deniers, ce casque, en Tunisie; l'intention est excellente, mais que doivent penser le simples sous-officiers et soldats condamnés au képi ou à la chéchia à perpétuité? »

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Propriétés antiseptiques de la solution alcoolique de gaulthéria.

M. le professeur Gosselin et M. Albert Bergeron ont expérimenté l'essence de gaulthéria, que l'on décrit aussi sous le nom d'huile essentielle de gaulthéria, ou essence de Wintergreen qui a été retirée d'une plante de la famille des iricacés (*gaultheria procumbens*). Cahours l'a retirée de l'acide sulfurique, en faisant agir l'acide méthylique et l'acide sulfurique sur cette substance. Cette essence de Wintergreen répand une odeur agréable et a déjà été utilisée en parfumerie; elle n'est pas soluble dans l'eau, mais seulement dans l'alcool. M. Gosselin emploie deux solutions: la solution n° 1, qui comprend 5 grammes d'huile de gaulthéria pour 50 grammes d'alcool à 60 dégrés; la solution n° 2, qui contient 2 gr. 50 d'huile de gaulthéria pour 100 grammes d'alcool et 50 grammes d'eau. Ces solutions qui sont antiseptiques, ont été utilisées avec succès pour le traitement des plaies par MM. Gosselin et Périer.

(*Méd. prat.*)

Nouveau purgatif.

M. Rabuteau a expérimenté, dans les service de M. Hayem, le sulfophénate et le sulfocrésylate de soude. Tous deux sont d'excellents purgatifs à la dose 20 à 25 grammes et procurent facilement jusqu'à sept ou huit selles dans la même journée. Ils s'éliminent à peu près totalement en nature. L'auteur propose de les ordonner dans le cas de diarrhées fétides. ...... (*Le Praticien*).

Traitement du chancre phagédénique.
(Vidal.)

Vaseline.................. 40 gr.
Acide pyrogallique......... 4 —
F. S. A. une pommade.
Pansement matin et soir.

LISTE NUMÉRIQUE

Par Départements

DES MEMBRES

DE LA

Société civile du "Concours Médical"

Ain	15
Aisne	41
Allier	24
Basses-Alpes	8
Alpes-Maritimes	24
Ardêche	9
Ardennes	21
Ariège	15
Aube	16
Aude	12
Aveyron	15
Bouches-du-Rhône	35
Calvados	12
Cantal	10
Charente	32
Charente-Inférieure	51
Cher	20
Corrèze	4
Corse	11
Côte-d'or	24
Côtes-du-Nord	16
Creuse	11
Dordogne	16
Doubs	12
Drôme	19
Eure	27
Eure-et-Loir	21
Finistère	19
Gard	33
Haute-Garonne	38
Gers	28
Gironde	55
Hérault	45
Ille-et-vilaine	34
Indre	7
Indre-et-Loire	23
Isère	16
Jura	7
Landes	4
Loir-et-Cher	11
Loire	22
Haute-Loire	15
Loire-Inférieure	30
Loiret	37
Lot	5
Lot-et-Garonne	21
Lozère	2
Maine-et-Loire	28
Manche	10
Marne	16
Haute-Marne	16
Mayenne	12
Meurthe-et-Moselle	25
Meuse	16
Morbihan	8
à Reporter	1101

Report	1101
Nièvre	23
Nord	80
Oise	70
Orne	18
Pas-de-Calais	45
Puy-de-Dôme	30
Basses-Pyrénées	27
Hautes-Pyrénées	19
Pyrénées-Orientales	16
Haut-Rhin	3
Rhône	24
Haute-Saône	14
Saône-et-Loire	17
Sarthe	20
Savoie	6
Haute-Savoie	4
Seine	26
Seine-et-Marne	32
Seine-et-Oise	50
Seine-Inférieure	40
Deux-Sèvres	10
Somme	28
Tarn	10
Tarn-et-Garonne	11
Var	42
Vaucluse	20
Vendée	30
Vienne	4
Haute-Vienne	13
Vosges	15
Yonne	21
Algérie	20
Paris	105
Alsace	2
Guadeloupe	1
Nouvelle-Calédonie	1
Etats-Unis	1
Total	2002

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Indre-et-Loire.

A la suite d'une demande de formation de **Syndicat,** la *Société locale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins du département d'Indre-et-Loire,* dans sa séance du 25 juin à Tours, a décidé qu'il y avait lieu de présenter un rapport sur ce sujet et désigné, à cet effet les Docteurs et Médecins : MM. Berry, *de Langeais,* Bouthery, *de Langeais,* Delavente, *de Rivarennes,* Renaud, *de Loches.* Dans sa séance dn 23 août, à Loches, la *Société* a déclaré approuver les Conclusions du rapporteur et faire des vœux pour la bonne réussite du **Syndicat,** tout en restant complètement étrangère à cette nouvelle organisation.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

26 Novembre 1881 3me Année. — N° 48

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Léon Colin* lit un rapport intitulé : *Instructions sur les mesures et précautions à prendre, et sur les soins à donner aux ouvriers, lorsque des travaux s'exécutent sur des terrains marécageux ou dans des alluvions maritimes de formation récente.*

Voici les conclusions de l'auteur : elles sont très instructives et très pratiques.

A. A l'égard des ouvriers en général:

1° Embauchage d'individus robustes, indemnes d'affections palustres antérieures, et autant que possible garantis par une certaine assuétude aux localités suspectes d'impaludisme.

2° Suspension des travaux pendant les mois de juillet, août et septembre sur les points d'une latitude plus méridionale que Bordeaux ; du 15 juillet au 15 septembre plus au nord.

3° Installation des ouvriers pendant la nuit dans les centres de population voisins des chantiers, ou dans des baraques bien closes.

4° Allumage, matin et soir, de grands feux, au voisinage des chantiers.

5° Augmentation de la résistance individuelle par l'interdiction du travail à jeun, par l'usage de boissons toniques et d'eau de bonne qualité; par une alimentation substantielle, par l emploi de vêtements de flanelle.

B. A l'égard des malades :

6° Envoi immédiat de tout malade à l'hôpital le plus voisin.

7° Surveillance spéciale des sortants de l'hôpital, au point de vue des vêtements, de l'alimentation et de la continuation, pendant quelques semaines, de la médication spécifique.

C. A l'égard du sol:

8° Utilisation de toutes les opérations de remblai et de déblai, et, en général, de tous les travaux pour le nivellement du sol, pour son drainage et son amendement.

9° Ensemencement et culture intensive variable, suivant la latitude et les conditions géologiques des terrains nouvellement remués.

M. *Marrotte* donne lecture d'une *observation de crises bulbaires, à forme épileptique, de nature tabétique.*

L'intérêt de cette observation réside dans la nouveauté du fait en lui-même, qui semble prouver que le nombre des formes diverses établies dans cette maladie depuis sa constitution, n'est pas épuisé, et qu'indépendamment des crises gastriques, néphrétiques, vésicales, rectales, laryngées, etc., il existe des crises bulbaires à forme épileptique, de nature tabétique.

C'est, en effet, un cas de ce genre qu'a observé M. Marrotte. Les accès qu'il décrit ressemblent à des accès d'épilepsie ; mais, en dehors de cette ressemblance, rien ne justifie le diagnostic d'épilepsie, tandis que l'examen ophthalmoscopique fait par M. Giraud-Teulon a fourni les renseignements les plus intéressants sur la nature probable de ces accidents, en révélant l'existence d'une atrophie progressive condensante ou par processus sclérotique des deux nerfs optiques, ce qui suppo-

serait une localisation pathologique, soit au chiasma, soit dans la région de la protubérance.

M. *Le Dentu* lit un travail ayant pour titre : *Fistule urinaire de l'aine gauche, consécutive à l'incision d'une volumineuse hydronéphrose ; extirpation du rein correspondant ; guérison.*

Il s'agit d'un homme de 32 ans, atteint d'une tumeur fluctuante de la fosse iliaque gauche, chez lequel le chirurgien diagnostiqua une hydronéphrose avec abcès périnéphrétique. Les vives souffrances du malade le décidèrent à inciser la tumeur sur son point le plus mou, il en sortit un liquide clair, bientôt mélangé de sang. Au bout de quelques jours, l'urine commença à couler abondamment par la plaie. Cet écoulement persistant et provoquant fréquemment des poussées inflammatoires, la vie étant menacée, M. Le Dentu proposa l'extirpation du rein correspondant.

L'opération fut faite le 14 avril ; la décortication fut facile, le rein était dégénéré dans les deux tiers supérieurs, converti en une poche à parois flasques, normal dans son tiers inférieur ; le hile était volumineux. Le chirurgien l'entoura d'un premier fil de catgut qui glissa sur la portion saine du rein ; un second fil fut placé convenablement au moyen d'une grande aiguille de Cowper et serré avec des pinces. Il excisa avec des ciseaux tout ce qui dépassait les deux ligatures, faisant une sorte de moignon. Pansement de Lister pendant quelques jours jusqu'à l'élimination des parties mortifiées par les ligatures et par le thermo-cautère, faiblesse très grande ; pouls entre 120 et 145, température entre 38° et 39°,5.

La plaie lombaire marche régulièrement vers la cicatrisation ; celle-ci est complète au bout de deux mois ; la fistule inguinale, que M. Le Dentu avait débridée et élargie avec le galvano-cautère, suppura abondamment pendant une quinzaine de jours ; mais, dès le premier jour, tout écoulement d'urine avait été entièrement supprimé. Sous ce rapport, la guérison a été complète d'emblée. Actuellement le trajet fistuleux dans lequel M. Le Dentu a maintenu un tube à drainage, ne fournit plus que quelques gouttes de sérosité purulente ; les fonctions urinaires sont parfaites, et l'opéré, qui est un artiste dramatique distingué, a pu faire une brillante rentrée au commencement d'octobre.

La première néphrectomie qui ait été faite en France a été pratiquée par M. Le Fort, elle n'a pas été suivie de succès. L'opération de M. Le Dentu est donc le premier cas de guérison de néphrectomie dans notre pays.

Nous avons le regret d'apprendre que M. le professeur Vulpian a donné sa démission de doyen de la Faculté de médecine de Paris ; nous ne pouvons que nous associer de tout notre cœur au vote suivant par lequel ses collègues ont déploré sa résolution : « A l'unanimité, la Faculté exprime à son ancien doyen ses regrets de le voir résigner ses fonctions et ses remerciements pour les services qu'il a rendus pendant son décanat. »

C'est M. le professeur Béclard qui succède à M. Vulpian. Dr J. Geoffroy

MEDECINE PRATIQUE

DE L'EMBARRAS GASTRIQUE.

I

Embarras gastrique, embarras du médecin, est un dicton auquel nous souscrivons pleinement. Cette vague dénomination d'un état maladif, dont l'existence est aussi facile à diagnostiquer que son interprétation étiologique est malaisée, n'a dû sans doute son succès auprès des nosographes, depuis Pinel, son père, jusqu'à ce jour, qu'en raison même de l'élasticité avec laquelle elle se prête à toutes les explications théoriques. Beaucoup d'encre a été dépensée par les écrivains, beaucoup d'entraînantes paroles se sont envolées du haut des chaires professorales, sans que l'accord ait encore pu s'établir entre les doctes sur la nature de l'embarras gastrique.

L'impétueux Broussais, qui en faisait une gastrite, avait bien dit son fait au grave Pinel, pour qui c'était une fièvre méningo-gastrique. Mais Chomel vint, qui, sans grands efforts, montra la faiblesse clinique des brillantes variations physiologiques de Broussais, et l'embarras gastrique redevint une maladie générale à détermination vers l'estomac. De nos jours, l'Ecole allemande, appuyée sur son fidèle microscope, et forte de cette constatation que l'épithélium de l'estomac se desquame et prolifère, a restauré la gastrite ; même, avec l'inperturbable aplomb qui fait des cerveaux germaniques de si dangereuses machines à théoriser, Niemeyer a, comme le fait remarquer M. Damaschino (1), véritablement dépassé Broussais. N'englobe-t-il pas dans l'inflammation catarrhale aiguë de l'estomac l'embarras gastrique, la fièvre gastrique, la fièvre muqueuse, le choléra infantile, le choléra nostras lui-même? Mais le Français, né plus... clinicien, se montre rebelle à cette conception par trop anatomique qui, avec son air de tout simplifier, ne fait qu'embrouiller la question.

(1) Maladies des voies digestives. 1880.

Français nous sommes, et en cette qualité, sans nous inquiéter outre mesure de cette desquamation et de cette prolifération catarrhales de l'épithélium du tube digestif, — que nous admettons d'ailleurs très volontiers, — nous nous préoccuperons seulement de chercher ce qu'il y a derrière cette inflammation catarrhale, quelles en sont les causes, et, par conséquent, de quel côté nous devrons tourner nos efforts thérapeutiques. Il est hors de doute que, dans beaucoup d'embarras gastriques, l'estomac n'est pas le vrai coupable; sa souffrance n'est que l'écho d'un désordre plus profond et plus général de l'organisme. Loin d'en faire un bouc émissaire, il faut voir en lui une victime, se plaignant des coups que lui porte un ennemi caché.

II

Il n'est pas besoin d'une longue expérience médicale pour être familiarisé avec la symptomatologie de l'embarras gastrique.

Le dégoût pour les aliments solides, la soif vive; la répugnance pour les boissons sucrées, au contraire le désir de liquides froids et acides; l'odeur fade et repoussante de l'haleine dont le malade est le premier incommodé; la salive rare, épaissie et comme gluante; une langue large, étalée, sur les bords de laquelle les dents laissent leur empreinte, et dont la face supérieure est recouverte d'un enduit épais, blanchâtre ou teinté en fauve par la bile; tout cela, n'est-ce pas, c'est bien l'état saburral classique?

Les vomissements sont rares; quelquefois ils consistent en matières alimentaires non digérées, en voie de décomposition putride; mais plus souvent ce ne sont que des matières muqueuses ou bilieuses, une pituite, ou simplement un état nauséeux accompagné de renvois gazeux, fétides et de quelques régurgitations aigres. La constipation est de règle, et souvent opiniâtre, parfois la diarrhée apparaît comme phénomène critique.

L'épigastre est un peu douloureux à la pression, et le malade accuse souvent la sensation d'une barre transversale dans cette région. Le facies est terreux, les conjonctives jaunâtres, l'expression du visage trahit l'abattement, la fatigue,ou la souffrance causée par une céphalalgie frontale intense.

Quelques traits spéciaux sont encore à noter dans certains cas; l'herpès des lèvres ou de la face,des taches ombrées ou bleues décrites par Monneret pour la première fois, taches qui ont été vues également dans la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, le rhumastisme aigu, et sur la signification desquelles M. Duguet a ouvert un nouvel horizon, en montrant qu'elles coïncident habituellement avec la présence de poux du pubis.

Des douleurs musculaires vagues et des névralgies, particulièrement la névralgie intercostale, ne sont pas rares dans l'état gastrique.

Enfin la fièvre, qui peut faire absolument défaut, peut aussi revêtir les types rémittent, intermittent, ou continu, quand l'embarras gastrique est symptomatique d'une pyrexie ou d'une phlegmasie éloignée.

Tel est donc l'embarras gastrique, et il faut nous hâter de reconnaître qu'il peut dépendre uniquement de l'estomac, au moins dans sa forme atténuée. Ainsi, un écart de régime ayant amené une *indigestion*, au lieu que le rejet des aliments non digérés soit suivi du retour complet et immédiat à la santé, il se peut que, pendant quelques jours, l'état gastrique persiste et ne cède qu'à l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif. Ainsi encore, la mastication incomplète chez un vieillard privé de ses dents et l'habitude de repas trop copieux peuvent entraver les digestions au point de faire naître l'état maladif dont nous parlons; c'est peut-être à ces cas spéciaux qu'il conviendrait de restreindre l'embarras gastrique, pour satisfaire aux exigences du bon langage français. Il faut encore mettre à part les symptômes gastro-intestinaux (anorexie, vomissements, diarrhée), que détermine, chez les jeunes enfants, une *alimentation défectueuse* par excès, insuffisance ou mauvaise qualité, ainsi que le catarrhe de l'estomac chez les alcooliques.

Mais en dehors de ces conditions, combien nous allons pouvoir relever, de cas, où, manifestement le tube digestif n'est pas la cause première de l'état, dit embarras gastrique.

III

Toutes les pyrexies d'origine épidémique ou contagieuse, toutes les maladies infectieuses, sont précédées ou accompagnées d'un état catarrhal du tube digestif: ainsi la variole et la scarlatine, moins souvent la rougeole; l'érysipèle, la fièvre typhoïde; de même certaines phelgmasies, rhumatisme aigu, angines, pneumonies. Ces états gastriques n'ont guère d'importance en pareils cas au point de vue du diagnostic; car les autres symptômes propres à chacune de ces affections dominent les signes de l'embarras gastrique.

Pourtant tous nos lecteurs se souviendront des cas nombreux de leur clientèle, où, pendant quelques jours, ils n'auront pas osé se prononcer entre l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde.

Trouble des fonctions stomacales, céphalalgie, courbature, ne sont-ils pas communs aux deux affections? La constipation peut exister au début de la fièvre typhoïde, et la diarrhée dans l'embarras gastrique. On n'a pas toujours d'épistaxis qui puissent accentuer la note typhique; la tuméfaction de la rate n'est pas toujours manifeste, les manifestations pulmonaires n'apparaissent qu'au bout de quelques jours, si bien, qu'en définitive, le thermomètre est l'arbitre de la situation. L'ascension rapide, presque d'emblée à 39°, 40°, s'y maintient avec des rémittences quotidiennes très-accentuées, s'il s'agit du catarrhe gastrique fébrile, tandis que dans la dothiénentérie, la température monte lentement d'un seul degré chaque soir, s'abaissant d'un demi-degré seulement le matin, pour n'atteindre le maximum de sa courbe que le soir du quatrième ou du cinquième jour.

L'embarras gastrique fébrile peut aussi être une des manifestations catarrhales de cette sin-

gulière affection, à laquelle nous avons déjà consacré une de nos études, la grippe ou influenza; il est certain que cette maladie, épidémique et contagieuse, qui porte encore le nom de fièvre catarrhale, se montre très fréquemment à l'état sporadique, particulièrement aux saisons de transition, et il convient de lui imputer ces catarrhes gastro-intestinaux qui s'accompagnent de catarrhe des voies respiratoires et d'autres muqueuses, de névralgies, de douleurs musculaires et articulaires.

Bien dignes aussi de l'intérêt du praticien, ces embarras gastriques, à répétition, liés à la tuberculose chronique, dont on sait, depuis les travaux de Bourdon, qu'ils sont trop souvent une manifestation précoce, forme de dyspepsie prémonitoire que des observateurs moins sagaces ont invoquée comme cause de la phthisie. Enfin, pour en finir avec la tuberculose, il y a une de ses formes aiguës qui débute insidieusement par un embarras gastrique des plus vulgaires en apparence, pour aboutir en trois semaines à une terminaison fatale. Il nous a été donné d'assister à l'évolution d'un cas de ce genre, et nous en avons été si frappé que jamais il ne nous arrivera de manquer à ausculter dès la première visite, et régulièrement ensuite chaque jour, les malades atteints d'embarras gastrique, alors même que ni toux, ni dyspnée n'attireraient l'attention vers l'appareil respiratoire.

IV.

Certains embarras gastriques sont uniquement causés par la présence dans l'économie d'un principe septique, qui, en vertu des lois de la pathologie générale, tend à s'éliminer par le tube digestif comme par l'un des plus grands émonctoires.

Ce poison, dont le catarrhe gastro-intestinal trahit l'élimination, a pu venir du dehors ou se former dans l'organisme même, ainsi que le prouveront les deux exemples suivants.

Il n'y a pas un anatomiste qui ne se souvienne d'avoir été atteint, lorsqu'il commençait à fréquenter l'amphithéâtre, de dissection ou qu'il y rentrait après une absence d'un état gastro-intestinal des plus nets. Anorexie, nausées, céphalalgie; rien n'y manque, avec cette nuance spéciale que l'intestin est, dans ces cas, plus encore que l'estomac, le siége du catarrhe, et qu'une diarrhée d'une extrême fétidité vient d'ordinaire juger cette sorte d'intoxication, en éliminant les miasmes cadavériques absorbés sans doute par la voie respiratoire.

Tous les sujets atteints d'inflammations chroniques des voies urinaires, vieux prostatiques ou rétrécis, présentent un état gastro-intestinal qui est une des manifestations de l'empoisonnement urineux, sa forme lente. Alors, dit M. le professeur F. Guyon (1) « l'appétit diminue, la langue est saburrale, chargée d'un enduit épais, jaunâtre, surtout prononcé le matin, mais ne disparaissant pas complètement dans la journée. La bouche est pâteuse, souvent sèche; il y a plus d'appétence pour les boissons que pour les aliments. » Tous ces signes d'embarras gastrique sont accompagnés d'un état fébrile, léger, mais permanent, et si l'on n'est pas sur ses gardes, on s'expose à méconnaître la véritable cause de ces accidents, la *stagnation de l'urine dans la vessie*, grave erreur en pareil cas, puisqu'alors tous les éméto-cathartiques de la pharmacopée ne sauraient valoir, dans l'intérêt du malade, un cathétérisme habilement fait !

(1) Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires 1881.

Les mêmes réflexions sont applicables à cet embarras gastrique qu'on observe chez les sujets atteints de néphrite interstitielle et qui n'est que la forme gastro-intestinale de l'urémie.

V

Cette mise en lumière de l'origine septique, commune à plusieurs états gastro-intestinaux, nous amène à parler d'une théorie ingénieuse et séduisante, que MM. Lécorché et Talamon (1) ont récemment proposée pour expliquer la nature de certains embarras gastriques, remarquables par leur ténacité.

Ces observateurs font remarquer d'abord qu'il exsite un groupe de maladies aiguës fébriles, d'états mal définis que l'on confond sous les noms d'embarras gastrique, de fièvre gastrique, de fièvre herpétique. Pour les uns, elles sont la conséquence d'un catarrhe aigu de l'estomac; — pour d'autres (Liebermeister), ce seraient des formes légères, atténuées, *abortives*, de la fièvre typhoïde ; d'autres y voient des manifestations sporadiques de la grappe ou fièvre catarrhale; enfin l'apparition sur un point du corps de vésicules d'herpès, épiphénomène fréquent de ces fièvres, parait à quelques médecins assez caractéristique pour légitime l'appellation de fièvre herpétique.

Toutes ces hypothèses paraissent-elles satisfaisantes? il n'en est rien. Le catarrhe aigu de l'estomac n'explique pas les irrégularités du mouvement fébrile; l'herpès est un phénomène banal qui accompagne une foule d'affections, grippe, fièvre typhoïde, le moindre trouble digestif ou même la menstruation; il est donc lié probablement plutôt à la constitution du malade qu'à la nature de la maladie. Certainement l'idée de Liébermeister sur la fréquence du *typhus abortif*, de la *fébricule typhoïde* est applicable aux cas où la fièvre prend le type continu, pour se terminer brusquement, avec ou sans phénomènes critiques, dès le premier septénaire ou au milieu du second. Mais n'existe-t-il pas des cas dont l'évolution irrégulière déroute toute tentative de classification? Certains malades ont tous les signes d'un embarras gastrique ; anorexie, caractères de la langue et de l'haleine, constipation, langueur.

(1) Etudes médicales faites à la Maison de Santé. 1881

Dans la seconde moitié du jour ils ont ou une simple esquisse de mouvement fébrile, les mains chaudes et moites, ou bien de véritables accès de fièvre avec les trois stades de frissonnement, de chaleur et de sueurs, très-accusés, mais sans aucune périodicité régulière et, en général, dans la soirée. Sous l'action de purgatifs salins répétés, cet état, contre lequel le sulfate de quinine paraît impuissant, s'amende peu à peu; pourtant, les accès fébriles disparus, il est habituel de voir la langueur, l'inappétence, la moiteur des mains persister longtemps encore avec une ténacité remarquable.

« Ce sont des malades dont le tube digestif, pour une raison ou pour une autre, le plus souvent sans doute sous l'influence de leur genre de nourriture, fonctionne mal; les aliments mal digérés, subissent une sorte de fermentation putride, dont les produits de quelque nature qu'on les suppose, absorbés par l'intestin, provoquent sans doute l'altération du sang et les accès fébriles. Nous savons que, dans les maladies des voies biliaires comme dans les maladies des voies urinaires, on admet, pour expliquer les accès de fièvre intermittente commune à ces affections, la résorption par la muqueuse altérée des canaux excréteurs, d'un principe infectieux de nature inconnue. La même explication n'est-elle pas beaucoup plus vraisemblable encore pour l'intestin, transformé par la stagnation de matières en fermentation putride, en une sorte de réser voir de produits septiques ? Interprétés de cette façon, les cas de ce genre nous paraissent mériter à juste titre le nom de *fièvre saburrale* sous lequel les anciens confondaient sans doute des états fébriles distincts, mais qui, restreint aux faits que nous venons d'indiquer, présente un sens assez précis pour caractériser une espèce. »

En résumé, la constatation d'un embarras gastrique impose, au praticien instruit, un examen approfondi du malade, puisque cet état, banal en apparence, est le reflet de causes multiples et si différentes. Grâce à cet examen scrupuleux, on découvrira souvent que la véritable thérapeutique ne consiste pas uniquement dans les évacuants, lorsqu'il s'agit des urinaires par exemple, — ou bien on sentira la nécessité de réserver son pronostic, si quelque signe de tuberculose vient à être dépisté.

En dehors de ces cas, il est évident que la thérapeutique de l'embarras gastrique reste celle qui réussit aux médecins depuis si longtemps.

Quand il n'y a pas de contre-indication formelle dans la répugnance absolue des malades ou la présence de hernies, d'anévrysmes, ou dans la menace d'hémoptysies, on débutera toujours avec avantage par un vomitif. On préférera l'ipécacuanha seul, si la diarrhée domine; on lui adjoindra le tartre stibié, ou bien on donnera celui-ci seul, en lavage dans du bouillon aux herbes, quand la constipation sera opiniâtre.

Puis le lendemain ou le surlendemain, on prescrira les purgatifs salins, eaux minérales purgatives, sulfate de soude ou de magnésie, crême de tartre. — Enfin diète avec tisanes acidules ou amères, quelques bouillons, du lait froid coupé avec une eau minérale alcaline. Quand on reprendra l'alimentaton, on pourra exciter l'appétit par la macération de quassia amara, additionnée de quelques gouttes amères de Baumé.

Paul GERNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Révision de la législation médicale

2e PARTIE. — SEIZIÈME LETTRE

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Nous disions, en terminant notre dernière lettre, que la création d'un grade inférieur conférant le droit d'exercice, alors que le doctorat deviendrait un titre purement honorifique, amènerait, à bref délai, un abaissement sensible dans le niveau des connaissances médicales, et nous montrions que les mesures susceptibles d'être prises pour s'opposer à cet abaissement, se heurteraient à des difficultés pratiques insurmontables.

Nous devons exposer maintenant les raisons qui forcément conduiront à ce résultat.

Ce grade inférieur, correspondant à la licence en droit, devra nécessairement comporter des études plus courtes que le Doctorat actuel et réclamer des examens probatoires moins nombreux; or l'immense majorité des praticiens se contentera de ce grade.

Nous convenons certainement qu'on ne sait pas tout, en sortant de l'école, et que les débuts dans la pratique mettent aux prises avec des difficultés autrement grandes que celles des examens; nous savons que l'expérience ne s'acquiert que par la pratique et que cette expérience, dans notre profession plus que dans aucune autre, fait plus que bien des années d'école — mais nous savons aussi que, pour bien observer et acquérir facilement cette expérience pratique, il faut avoir une somme de connaissances théoriques suffisante; et nous savons enfin que ces connaissances théoriques ne s'acquièrent qu'à l'Ecole.

Si donc on restreint le temps des études, si l'on amoindrit le nombre et l'importance des examens, on amènera fatalement une diminution des connaissances théoriques des étudiants qui ne s'appesantiront guère sur ce qui n'entrera pas dans le programme des examens, et, comme conséquence on diminuera chez eux cette puissance d'observa-

tion et d'interprétation qui plus tard, leur serait si nécessaire. L'empirisme prendra la place de l'observation raisonnée.

Nous pensons que ce sont là des faits qui s'enchaînent avec une rigueur à peu près inéluctable et dont il faut dès maintenant, envisager les conséquences. Or, sans parler de l'influence fâcheuse que ne manquerait pas d'avoir sur la santé publique une diminution du savoir des médecins, faut-il chercher volontairement à provoquer cette diminution au moment où, précisément, tous les efforts de la société moderne se tournent vers les questions de savoir et d'enseignement? Nous ne le croyons pas, et, si notre science arrivait à se trouver ainsi ravalée, nous estimons que ce n'est pas nous, médecins, qui devrions assumer la responsabilité d'une telle décadence.

Nous n'avons envisagé qu'une hypothèse; supposons maintenant que le second grade corresponde au doctorat actuel, évidemment toutes nos critiques tombent d'elles-mêmes — mais nous nous demandons quelle nécessité il y aurait à changer un titre accepté du public et entré dans le langage courant?

Qu'on songe à créer un grade supérieur tel que le doctorat ès-sciences biologiques, comme il existe un doctorat ès-sciences mathématiques, ou un doctorat ès-sciences physiques et naturelles, nous n'avons pas d'objections à faire; mais, du moins, qu'on conserve le doctorat en médecine actuel comme grade conférant le droit d'exercice.

C'est, on l'a déjà vu, à cette dernière solution que nous nous arrêtons: la pratique de la médecine doit être autorisée par un seul grade, et ce grade c'est le doctorat en médecine. Nous ne reprendrons pas la série d'arguments qui militent en faveur de l'unité de grades, ce sont là des lieux communs sur lesquels nous sommes blasés depuis longtemps; d'ailleurs, en montrant les inconvénients qui résultent de l'existence simultanée de deux ordres de praticiens, nous croyons avoir mieux plaidé la cause de l'ordre unique.

Nous concluons donc par ce vœu formulé par l'immense majorité du corps médical, y compris nombre d'officiers de santé actuels:

A partir de l'année 18... il ne sera plus reçu d'inscriptions pour le grade d'officier de santé qui est supprimé.

Il convient naturellement d'ajouter une série de mesures transitoires qui ménagent les situations acquises et peu à peu amènent l'état de choses que nous souhaitons: nous ajoutons donc les vœux suivants, formulés déjà par le congrès de 1845, et adoptés de nouveau dans notre réunion du 14 août dernier:

1° *Les officiers de santé en exercice seront admis à se présenter devant les Facultés de l'Etat pour, après deux examens pratiques sur la médecine et la chirurgie, recevoir le titre de docteurs en médecine.*

2° *Les officiers de santé qui ne profiteront pas de cette latitude continueront à exercer dans les mêmes conditions que par le passé.*

3° *Les mêmes règles sont applicables aux aspirants à l'officiat en cours d'études au moment de la promulgation de la loi.*

Nous insistons d'une manière toute spéciale sur ces mots: *examens pratiques*, il serait absolument ridicule de demander à des praticiens, qui déjà exercent depuis longtemps et souvent avec succès la médecine, de répondre sur des questions bonnes pour des étudiants. Ces examens (ou cet examen, car le nombre n'y fait rien) devraient être passés au lit du malade et faire l'objet d'une conversation entre candidats et examinateurs, bien plutôt que consister en ces interrogations ambiguës et ces difficultés cherchées à plaisir de l'examen tel que nous le comprenons ordinairement.

Dans ces conditions, il n'est pas un praticien sérieux qui ne pourrait immédiatement prendre le titre de docteur et se soustraire à ces mille petites vexations dont son amour-propre souffre justement.

D'un autre côté, les praticiens sur le déclin de l'âge qui trouveraient que les cheveux blancs s'accordent mal avec la robe de candidat, ceux enfin qui, pour une raison quelconque, se contenteraient de leur situation, jouiraient en paix de leurs droits sans avoir à subir aucune tracasserie d'aucune sorte.

Tels sont les principes que le *Concours*, organe de tous, s'efforce de faire prévaloir. Qui donc pourrait s'en trouver froissé? Qui donc oserait prétendre qu'en agissant ainsi il ne poursuit pas son unique but: l'amélioration du sort du corps médical?

Sans parti pris d'aucune sorte, le *Concours* a interrogé le public médical, il a classé, étudié, interprété les réponses qui lui ont été faites; évitant autant qu'il lui a été possible les questions personnelles, il s'est efforcé de faire porter plus haut la discussion et de mettre en cause, non les hommes, mais les choses. Quel sera le résultat de ses efforts? Nous l'ignorons, mais, quoi qu'il arrive nous pouvons répéter, le front haut, que le *Concours* a su faire son devoir, tout son devoir et rien que son devoir.

C'est ici que, dans notre pensée, devaient s'arrêter nos études sur la révision de la législation médicale, mais nos confrères ont abordé quelques autres questions que, fidèles à notre règle de conduite, nous ne voulons pas passer sous silence.

Vient d'abord la question des *dentistes*.

On sait que le ministre de l'instruction publique a chargé une commission, composée de membres de la Faculté de médecine, de lui présenter un rapport sur cette question.

C'est, on le comprend, une des formes spéciales de l'exercice de la médecine, et nous devons ici encore donner notre manière de voir, ou plutôt exposer celle de nombre de nos confrères que nous faisons nôtre.

Convient-il de laisser libre absolument la profession de dentiste? — Nous ne le pensons pas, car le dentiste *peut exécuter toutes les opérations qui se pratiquent dans la bouche, le voisinage et ses dépendances; employer dans sa thérapeutique tous les médicaments, caustiques poisons, qu'il juge convenables; pratiquer l'anesthésie locale ou générale.*

Ce sont là des faits qui constituent l'exercice de la médecine, dont la société ne peut se désintéresser, et dont la pratique doit être entourée de certaines garanties sociales. C'est là d'ailleurs le point de vue spécial auquel se sont placés l'Etat en préparant un projet de loi et la commission en proposant un contre-projet.

Le projet ministériel porte: *nul ne pourra exercer l'art dentaire s'il n'a obtenu au moins le diplôme d'officier de santé.* Dans le projet de la commission on lit: *nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu du diplôme spécial de dentiste* suivent les conditions d'obtention de ce diplôme.

Il existe entre les deux projets une nuance, le premier exige un diplôme médical, car ce ne peut etre qu'un minimum, et il est évident que la commission n'a pas entendu interdire l'art dentaire à un docteur en médecine ou à un officier de santé. Notre avis sur la matière n'a rien d'absolu et, selon le point de vue où l'on se place, nous estimons que l'un ou l'autre projet est préférable. Si nous nous en tenions à l'état actuel, avec les deux ordres de médecins, nous dirions avec le ministre, *nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est au moins officier de santé.* Si, au contraire, nous nous plaçons en présence d'un ordre unique de médecins, sous le régime de la loi dont nous souhaitons l'avénement, nous dirons avec la commission ; *nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est pourvu du titre de docteur en médecine ou du diplôme spécial de dentiste.*

Cette dernière opinion surprendra peut-être quelques uns de nos confrères : comment, dira-t-on, vous réclamez de toutes vos forces un ordre unique de médecins et aussitôt vous ressuscitez un second ordre sous le titre de dentistes!

La contradiction est plutôt apparente que réelle, et nous ne doutons pas que notre explication ne satisfasse nos interlocuteurs. Que faut-il souhaiter? — C'est que la profession de dentiste soit entourée de certaines garanties, c'est que le dentiste se trouve à la portée de l'immense majorité du public. Or c'est une organisation complète à créer, et nous pensons que, pour l'art dentaire, nous nous trouvons exactement dans la même situation qu'on était en l'an XI pour la médecine.

A cette époque la nécessité d'assurer partout le service médical faisait créer un second ordre de médecins, actuellement cette même nécessité fait créer un ordre spécial de dentistes.

Il faut bien convenir que l'art dentaire constitue une branche spéciale de la médecine et réclame des études spéciales théoriques et pratiques qui seront étrangères à la plus grande partie du corps médical. Celui-ci ne peut donc, à lui seul, répondre aux besoins du public, pour le moment du moins. D'un autre côté, il est bien difficile d'exiger le doctorat en médecine de tous les dentistes. Nous acceptons donc momentanément une classe de praticiens spéciaux sous le titre de dentistes.

Ce sera, sur l'état actuel, une amélioration sensible et, nous le répétons, cet état ne sera que transitoire: plus tard, et avec raison, on réclamera le diplôme de docteur de quiconque voudra exercer une partie quelconque de l'art de guérir.

Mais si nos vœux ne devaient pas être sanctionnés par la loi nouvelle, si les deux ordres de médecins devaient continuer à exister simultanément, nous ne saurions admettre en aucune façon la création d'un troisième ordre de praticiens.

C'est là, nous le savons, ce qu'on appelle de l'*opportunisme*, mais c'est aussi de la politique de résultats, et c'est la seule que nous soyons, au *Concours*, décidés à poursuivre.

Dr A. GASSOT, (DE CHEVILLY)

II

ASSURANCE MÉDICALE
ET RECOUVREMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX

Tous nos lecteurs ont reçu, comme nous, les circulaires relatives au projet d'une compagnie d'assurances contre la maladie. Inutile, par conséquent, de les reproduire ici :

En résumé, on dit: Une famille, moyennant une prime annuelle, variable selon le nombre de ses membres, n'aurait plus à se préoccuper des honoraires du médecin qui lui donne ses soins.

Celui-ci recevrait de son client, à chaque visite, un chèque détaché de la police, représentant la valeur du prix ordinaire dans la localité, grévé de 10 0/0 de réduction, payable chez les agents de la compagnie.

La circulaire ne fait mention, ni des opérations, ni des pansements, ni des accouchements, certificats, etc.

Nous n'avons pas eu non plus, jusqu'à ce jour, communication d'une formule de police d'*Assurance médicale*, qui nous aurait permis de nous rendre compte de sa portée.

Il nous est impossible, par conséquent, d'apprécier, quant à présent, la possibilité de ce genre d'*assurance*, et ses conséquences pour les intérêts du médecin.

Nous ne voulons pas examiner, pour le moment si la compagnie en formation, pourra mettre à exécution ses projets en rémunérant les capitaux qui s'engageront dans cette entreprise.

Les organisateurs de l'*Assurance médicale* nous ont fourni verbalement les explications qui sont résumées dans une circulaire en date du 15 novembre. Nous croyons que la pratique fera surgir de nombreuses difficultés; la compagnie pourra-t-elle les faire disparaître?

De notre côté, préoccupés, comme toujours, de ce qui peut rendre service au *corps médical*, nous avons suggéré aux administrateurs un point de vue nouveau qu'ils ont accepté. Ils prétendent pouvoir nous donner satisfaction.

Nous pensons que nos confrères, qu'ils soient, ou non, organisés en *syndicat*, pourraient, en moyenne, remettre, chaque année, deux à trois mille francs de *recouvrements* à faire opérer par une *Compagnie* qui disposerait d'agents convenables, par toute la France. Il faudrait que, par la discrétion de ses employés, la sécurité qu'elle offrirait, elle pût s'imposer à notre confiance.

Inutile de nous appesantir sur les avantages d'une *agence de recouvrements médicaux* généralisée : il nous suffira, pour faire comprendre à nos lecteurs les services que nous pourrions en retirer, de reproduire le passage suivant d'une lettre que nous écrivait, le 8 novembre, M. le Dr *Bozonet* de Tenay, Ain.

« *Pour améliorer notre situation, le meilleur moyen consisterait en une agence de recouvrements difficiles. Après seize ans de pratique j'ai plus de vingt mille francs de créances, je les donnerais volontiers pour cinq mille. Et pourtant si j'avais remis, tous les six mois, mes notes à une agence, j'en aurais probablement touché 15000 fr. (de quoi élever mes enfants.)* »

C'est dire que, sans nous préoccuper pour l'instant de l'*Assurance médicale*, que poursuit la Compagnie de ce nom, nous sommes certains qu'elle trouverait dans un vaste et régulier recouvrement des honoraires des médecins, des bénéfices assurés et légitimes que nous serions tous heureux de lui procurer.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

ET DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Coxalgie.

M. *Verneuil* vient d'attirer l'attention de la *Société de chirurgie* sur un accident, sur un épisode de la coxalgie dont il n'est pas fait suffisamment mention dans les auteurs ; il veut parler d'un mode particulier de récidive de la coxalgie après la guérison apparente. Il donne comme type l'observation suivante : Il y a cinq ans, dit-il, je vis avec M. Leudet, à Rouen, une jeune fille de neuf ans, qui était atteinte d'une coxalgie, au début, à forme assez bénigne, qu'en raison des antécédents je jugeai de nature rhumatismale, et sur laquelle je portai un pronostic favorable. L'enfant fut placée dans un appareil de Bonnet, qui, peu de temps après, put être remplacé par une gouttière de Bouvier. La cure fut cependant assez longue. Il y eut un petit abcès, en dehors de l'articulation, qui fut guéri en l'espace de quinze jours. Il y a quinze mois, c'est-à-dire trois ans et demi après le début de la maladie, je déclarai l'enfant guérie. Les deux membres étaient exactement de la même longeur, il n'y avait plus la moindre ensellure ; il ne restait qu'un peu de raideur de l'articulation. Pendant ce temps, l'enfant s'était bien développée ; les règles avaient paru. J'annonçai donc la guérison. Peu de temps après, le père de l'enfant me dit que sa fille boitait. Six mois après, je revis la petite malade ; il y avait de nouveau une difformité considérable, une ensellure très-marquée, un raccourcissement apparent déterminé par le relèvement du bassin ; mais il n'y avait ni gonflement, ni douleur, aucune trace de travail inflammatoire. L'attitude vicieuse seule se reproduisait sans traces d'inflammation. Plusieurs médecins ayant engagé le père à en rester là et continuant à déclarer l'enfant guérie, bien que la difformité allât en augmentant, l'enfant me fut de nouveau amenée. Je cherchai chez elle quelque chose d'analogue au mécanisme de la flexion consécutive aux inflammations du genou par la paralysie du triceps ; je constatai en effet, que les muscles de la fesse étaient complétement paralysés ; je pensai donc que la difformité se reproduisait par le fait de la contraction du psoas, des adducteurs et du couturier. J'endormis l'enfant ; je corrigeai facilement, pendant le sommeil chloroformique, l'attitude vicieuse ; le redressement fut parfait, la symétrie complète, je plaçai alors de nouveau la jeune fille dans une gouttière de Bonnet ; un mois après je fis appliquer l'appareil de Bouvier, en recommandant de le laisser longtemps, et je prescrivis la faradisation des muscles fessiers. Les bons résultats de ce traitement ne se firent pas longtemps attendre.

Ce fait m'a fourni l'explication de plusieurs autres. Il s'agit là d'une récidive de la difformité, sans récidive de l'inflammation articulaire, de muscles frappés consécutivement d'impuissance, tandis que les muscles antagonistes conservent leur contractilité.

Ces faits m'ont amené à trouver dans le système musculaire une explication physiologique des deux périodes de la coxalgie. On sait que dans la première période il y a abduction, rotation en dehors, allongement apparent par abaissement du bassin, et, de plus, flexion permanente ; tout, en un mot, ce que donnerait la contraction des muscles fessiers et du psoas. Dans la seconde période, au contraire, il y a adduction, rotation en dedans et raccourcissement par élévation du bassin. Voici la théorie où m'ont conduit ces observations : L'inflammation se propage aux muscles qui sont immédiatement en rapport avec la capsule, c'est-à-dire au psoas et aux moyen et petit fessiers ; or, la contraction inflammatoire du psoas donne lieu à la flexion permanente en arrière ; celle des moyen et petit fessiers à l'allongement du membre avec abduction. Après un certain temps, ces muscles s'atrophient et perdent de leur puissance : alors l'inflammation se propage aux muscles plus éloignés, c'est-à-dire aux abducteurs, au couturier ; ainsi se produisent la rotation en dedans, le raccourcissement par élévation du bassin, c'est-à-dire la métamorphose de l'attitude dans la première période, de la coxalgie en celle de la seconde période, la contraction lente des muscles sains en même temps que l'impuissance des muscles primitivement atteints.

Une indication thérapeutique importante découle de ce fait, celle de la galvanisation des muscles affaiblis.

*
* *

Obstruction intestinale chez un homme de 75 ans, injections forcées d'eau de Seltz et électrisation, guérison.

M. le Dr *Bonnefin* vient de communiquer à la *Société de médecine pratique* un cas intéressant

d'obstruction intestinale. Il s'agit d'un homme de 75 ans d'une excellente santé. Son père, qui vit encore, a 102 ans. Cet homme avait une rétention de matières fécales qui durait depuis quinze jours. On lui avait fait des injections forcées d'eau de Seltz qui avaient ramené quelques matières, mais purgatifs et lavements ont été insuffisants. Le malade a de la fièvre, des hoquets fréquents; il est dans un état d'agitation extrême, il ne dort pas; il a des nausées, des vomissements, mais ils ne sont pas stercoraux. Le ventre est ballonné, dur à droite, surtout dans la région du cæcum où l'on sent des matières dures; la partie gauche paraît libre, vidée par les injections forcées; les sueurs sont abondantes, le pouls est petit et fréquent. M. Bonnefin fit subir au malade quatre électrisations avec des courants d'induction; le 10 juillet à 5 heures, eut lieu la première électrisation; on fit une injection forcée d'eau de Seltz immédiatement après, sans résultat; le 19 au matin, deuxième électrisation, deuxième injection forcée ; pas de matières; dans l'après-midi une troisième injection forcée a amené des matières colorées en jaune et peu dures. Le soir nouvelle électrisation et injection forcée qui amènent cette fois-ci des matières abondantes. Dans la soirée, garde-robe naturelle avec quelques matières dures. Le 20 juillet, nouvelle électrisation le matin, et injection forcée qui ont amené des matières demi-liquides. Le ventre est redevenu souple et à aucun moment la pression n'a donné les douleurs caractéristiques de la péritonite. (*Méd. prat.*)

*
* *

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Le docteur Carpani, s'appuyant sur de nombreuses observations à lui propres, et sur l'étude des meilleurs écrivains sur la matière, divise les diverses méthodes de traitement de cette affection en quatre groupes avec des indications spéciales :

1° La salicylate de soude convient dans les cas de polyarthrite aiguë fébrile, avec manifestations articulaires fort concentrées — il y a contre-indication par concomitance d'affections cardiaques, de troubles nerveux ou gastro-intestinaux et de maladies rénales.

2° Le bisulfate de quinine est indiqué dans les cas où le rhumatisme est une manifestation d'infection palustre, ou quand celle-ci lui est associée.

3° L'acide benzoïque se recommande uniquement lorsque la néphrite complique un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre.

4° Les vésicatoires (méthode de Dechilli et de Davies) sont les moyens les plus sûrs pour guérir le rhumatisme mono-articulaire, ou occupant fort peu d'articulations. (Milan, *Annali universali*, 1881, et *Journ. des sc. méd.* de Louvain, août 1881, p. 398.)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I.

Organisation générale des syndicats.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et cher Directeur,

Ainsi que j'en avais pris l'engagement, je vous adresse, en même temps que cette lettre, un exemplaire de nos statuts.

Plusieurs confrères qui m'en avaient demandé, après avoir eu connaissance de ma lettre, publiée dans le *Concours*, ont également reçu les exemplaires qui leur étaient destinés.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une œuvre parfaite et immuable ; nous porterons à notre constitution toutes les améliorations que notre expérience ou l'expérience de nos confrères aura démontrées utiles. Ce n'est qu'en échangeant nos idées que nous pouvons aboutir à un résultat général avantageux. Certes les *desiderata* changent un peu selon les milieux où l'on vit ; mais un fait éclatant se dégage nettement de tout ce qui se passe en ce moment sur les différents points de la France : c'est la necessité de faire quelque chose. Isolément nous ne pouvons rien; unis nous pouvons tout. Et si je m'en rapporte aux nombreuses lettres que j'ai reçues, soit de confrères qui m'étaient inconnus jusqu'à ce jour, soit d'anciens camarades, je vois que les besoins sont partout les mêmes, et que, partout aussi, on songe à employer les mêmes moyens pour réaliser le progrès souhaité.

Or, que désirons-nous ?

Nous voulons, avant tout, établir une règle de conduite qui, suivie par tous, nous permette d'avoir toujours des relations réellement fraternelles. Nous voulons, en nous respectant nous-mêmes, obliger le public à nous respecter. Nous voulons que toute concurrence déloyale devienne impossible, par le fait de notre loyale entente. Nous voulons que les clients, après avoir usé et abusé de nous, viennent nous payer en bonnes espèces sonnantes, et non en prétendue reconnaissance : la vraie reconnaissance est une monnaie qui malheureusement n'a guère plus cours aujourd'hui. Nous ne voulons plus êtres les dupes d'une foule de gens riches qui, s'introduisant dans les *Sociétés de secours mutuels* sous prétexte de philanthropie, et ne sont au fond que des exploiteurs. Ils pillent notre pauvre bourse en *s'adjugeant une grosse part du bien que nous pouvons faire aux indigents ;* ils s'attribuent tout le mérite des services rendus par nous, et grimpent, sans vergogne, sur nos têtes pour décrocher, à nos dépens, *un brin de popularité.*

Et quelle exigence montrent ces gens-là!! Le pauvre médecin arrive, harassé de fatigue, après une journée employée à courir sous la pluie, sous la neige, à tous les vents; il compte se reposer pour repartir demain. Non, non! marche, marche, pauvre forçat! Le membre de la société de secours mutuels est là qui te guette ! Il faut partir encore! Et pourquoi? Pour rien, pour un bobo. Et si le cas est sérieux? ... Soit! Il s'agit peut-être d'une maladie contagieuse grave, qui ne pardonne pas. Vas-en chercher le germe et le porter à ta femme et à tes enfants, ou la contracter pour ton compte. Tu en mourras, sans doute, et ta famille sera privée de son seul appui. Peu importe, ta visite sera payée *cinq sous !* Et cela ne suffit pas ?...

Oh ! ne dites pas que le tableau est chargé ! J'en ai bien connu de vieux camarades morts à la peine ! Et pour le prix de la visite, je connais des *sociétés* où on compte, comme *membres participants*, des personnes possédant plus de *deux cent mille francs de fortune* et où les visites ont été payées *vingt sept centimes.* Et ce sont les plus riches qui crient le plus : c'est tout naturel !

Mais, ne nous laissons pas décourager par les difficultés que nous pouvons rencontrer et les tempêtes qui semblent se soulever de toutes parts. Des tempêtes? Oui, des tempêtes ! Il est des contrees où les habitants sont assez arrieres, je devrais dire assez sauvages, pour menacer, dans leurs personnes et dans leurs biens, les médecins qui se reunissent en *syndicats*. Comme si, seuls, nous n'avions pas le droit de nous unir pour sauvegarder nos interêts. Que font donc les ouvriers qui se mettent en grêve pour obtenir une augmentation de salaire proportionnée à l'augmentation de prix des choses nécessaires à la vie? Chose permise. Que font ceux qui se reunissent en associations de prevoyance sous toutes les formes, sinon assurer, pour eux et leurs familles, un lendemain où la porte soit fermée à la misere? *Chose* louable assurement. Et seuls, dans la Sociéte moderne, nous ne devrions songer ni à notre lendemain. ni à celui de nos familles! Sommes-nous donc des parias, des pestiférés, ou quelque chose de pire encore?

A mon avis, le tapage qui se fait autour de nous prouve que nous avons frappé juste. Il n'est provoqué que par quelques meneurs qui en seront pour leurs cordes vocales eraillées, et auxquels nous devrous savoir faire payer le racommodage.

La medecine ! sacerdoce, ministère sacré, abnégations, dévouement! dit-on encore. Et c est avec ces grands mots que bon nombre de médecins se laissent prendre, comme si cela creait un avenir à la famille! Sans doute, la vie du medecin est une vie de dévouement ; elle le sera toujours, et jamais on n'implorera en vain le secours de l'un de nous pour soulager un malheureux. Mais le prêtre vit de l'autel : l'État le paie, et ses clients le paient encore. Nous, nous ne demandons rien à l'Etat, mais nous voulons que le client *qui peut le faire*, nous indemnise de nos peines. Et voilà pourquoi nous ne valons pas la corde.

Tout ce bruit s'eteindra bien vite devant l'union des membres du corps medical ; mais il me semble cependant utile d'employer tous les moyens qui sont à notre disosition pour calmer cette agitation. Le *Concours*, ouvert à tous, fait appel, je le sais, à toutes les bonnes volontés.

Ne pensez-vous pas qu'il soit utile de designer quelques membres formant une commission chargée de préparer un travail d'ensemble ? Tous les projets de réglement qui seraient adressés au *Concours*, seraient remis à cette commission qui les depouillerait, les classerait, et, finalement. serait à même de presenter le travail le plus complet et, en même temps, le plus pratique en puisant partout ce qu'il y aurait de mieux.

Je sais bien que cette œuvre demanderait beaucoup de dévouement, mais chacun de nous n'en est-il pas complétement pourvu? Dr Ad. Bt. DULAURIER

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

St. Antoine, par S. Seurin sur l'Isle (Gironde.)

Voici notre réponse :

Nous sommes tout prêts à former une Commission qui serait, si l'on veut, le noyau du SYNDICAT GÉNÉRAL. Soyez un des membres de cette Commission : que M. le Dr *Noir* (de Brioude,) M. le Dr *Margueritte* (du Havre,) s'adjoignent à vous, avec quelques autres confréres.

Concertez-vous pour rédiger :

1o Un modèle *d'invitation* à faire partie d'un syndicat.

2o Un modèle de *statuts*.

3o Des modeles de *réclamations d'honoraires.*

4o Un modèle d'invitation aux séances ordinaires et extra-ordinaires.

Vous en trouverez de nombreux éléments dans le *Concours*. Nous les ferons imprimer en quantité suffisante pour les fournir, sans frais, à toute demande qu'on nous adressera. Ce sera la contribution du *Concours médical.*

En outre, afin que les membres des syndicats formés soient au courant de ce qui s'accomplira dans ces réunions, nous ferions imprimer, sur demande, le compte-rendu des séances, dans un supplément du *Concours*, nous indiquerons le prix de revient de ces suppléments, qui pourront comporter quatre pages de texte; nous les adresserons, en même temps que le journal de la semaine, à tous les membres du syndicat et aux non adherents qu'on nous signalera.

Pour l'usage de nos lecteurs, nous extrairons de ces suppléments toutes les communications d'intérêt général. Nous entretiendrons ainsi, une émulation salutaire et féconde.

II

STATUTS DU SYNDICAT MÉDICAL DE L'ARRONDISSEMENT DE BRIOUDE.

ART. 1. — Il est formé, entre les médecins habitant l'arrondissement de Brioude, et adhérant aux présents statuts, une association, à durée illimitée, qui prend le nom de Syndicat médical de l'arrondissement de Brioude.

ART. 2. — Cette association a pour objet :

1. D'établir et de maintenir de bons rapports de confraternité entre les membres qui la composent ;

2. D'instruire et d'étudier les questions professionnelles qui peuvent intéresser ses membres ;

3. D'ameliorer la situation individuelle et collective des adhérents. A. par l'établissement de tarifs *minimum*, communs et obligatoires, avec mode uniforme de recouvrement des honoraires. B. par la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

ART. 3. — Sont admis à faire partie de cette association tous les médecins diplômés exerçant dans l'arrondissement et qui déclareront adhérer et se conformeront aux présents statuts.

ART. 4. — Le présent syndicat est formé entre les médecins dont les noms suivent : (membres fondateurs). M.....

ART. 5. — Tout médecin, qui désirera faire partie syndicat, devra être admis par l'Assemblée générale après avoir fait sa demande au bureau.

ART. 6. — Les médecins habitant les cantons limitrophes de l'arrondissement de Brioude pourront être admis à titre de membres de l'association.

ART. 7. — L'association tiendra annuellement deux réunions ordinaires à Brioude : les mercredis qui suivront le 24 avril et le 15 octobre.

ART. 8. — L'Assemblée générale examine toutes les questions qui peuvent intéresser la profession médicale, ses décisions sont inscrites sur un registre spécial qui reste chez le président de l'association ; elles sont exécutoires pour tous ses membres.

ART. 9. — L'assemblée nomme, tous les deux ans, une commission composée de quatre membres parmi lesquels elle désigne (l'assemblée) un Président et un trésorier-secrétaire. L'élection est faite à la majorité absolue des voix au premier tour du scrutin secret et à la majorité relative en cas de deuxième tour.

ART. 10. — La commission est chargée de l'exécution et de la surveillance des décisions de l'assemblée, et de la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

ART. 11. — En cas de condamnation par les Tribu-

naux encourue par un individu, du chef d'exercice illégal de la médecine, la commission pourra se porter partie civile, au nom du syndicat.

Art. 12. — Dans le cas où il n'y aurait pas de condamnation, la commission ne pourra entreprendre de poursuites qu'avec l'autorisation de l'assemblée générale.

Art. 13. — Dans les cas où il y aurait une demande de poursuites formulee par cinq membres, la commission sera tenue de convoquer l'assemblée générale.

Art. 14. — Les frais de poursuites, faites au nom du syndicat, sont prélevés sur les fonds de l'association.

Art. 16. — Les ressources pécuniaires de l'Association de composent : 1° Du droit d'admission qui est fixé à 12 fr. 2° D'une cotisation annuelle de 10 fr. 3° Des amendes sont il sera question dans l'article 18.

Les fonds versés dans la caisse de l'Association lui restent acquis en cas de retraite volontaire ou forcée d'un de ses membres.

Art. 17. — L'Assemblée générale décide, chaque année, à la réunion d'avril, de l'emploi des fonds disponibles, après avoir pris connaissance du rapport qui sera présenté par la Commission.

Art. 18. — L'Assemblée générale pourra, après avoir entendu la Commission, appliquer un des trois moyens de répression enumérés ci-dessous, à tout membre qui ne se conformerait pas aux statuts ou qui manquerait aux règles de bonne confraternité.

1° Le blâme simple;

2° Une amende, de 20 à 100 francs;

3° La radiation et exclusion de l'Association.

Tous rapports confraternels sont interdits entre les médecins sociétaires et les exclus.

Art. 19. — Le recouvrement des honoraires sera fait à la fin de chaque année d'après une forme unique dont le modèle sera fixé par la Commission, et transmis par elle à chaque membre.

Art. 20. — Les notes d'honoraires seront envoyées au commencement de decembre; un deuxième avis sera adressé aux clients qui ne repondraient pas au premier, avant le 15 mars. Après un troisième avis qui sera adressé à la fin de juin et qui resterait sans réponse, le médecin sera tenu de faire connaître à la Commission le nom des clients solvables, qui mettraient de la mauvaise volonté à s'acquitter de leurs dettes. Les noms de ces clients seront transmis à chaque membre de l'Association, et inscrits par chacun sur un registre spécial; les soins médicaux leur seront refusés jusqu'à ce qu'ils aient justifié du paiement de leurs dettes (hors les cas d'extrême urgence).

Art. 20 *bis*. — Le tarif minimum, annexé aux présents statuts, est obligatoire pour tous les membres de l'Association.

Art. 21. — Toute modification qui pourrait résulter d'une loi sur les syndicats professionnels, sera applicable au syndicat médical de l'arrondissement de Brioude, dans ce qui ne serait point contraire aux articles précédents.

Art. 22. — L'interprétation des statuts appartient à l'Assemblée générale.

Art. 23. — Toute décision tendant à modifier les statuts, à les augmenter où à les restreindre, devra pour être valable, réunir l'adhésion de la moitié plus un, des membres inscrits.

Statuts votés en assemblée générale, le 19 novembre 1881.

Le Président, Dr E. Noir. — *Le Secrétaire*, Dr Duvernois.

III

Statuts du Syndicat médical d'un groupe de médecins de la Charente, de la Charente-Inférieure, de la Dordogne et de la Gironde.

Le *chapitre premier* reproduit les règles générales de *Déontologie* que nous avons nombre de fois publiées.

Chap. II. — Tarif des honoraires.

Art. 1. — Les consultations doivent être payées. — Le prix minimum en sera de 2 francs.

Art. 2. — Le prix des visites est basé sur la distance kilométrique.

Art. 3. — Les visites ordinaires, et jusqu'à un kilomètre de la résidence du médecin seront payées au *minimum* 2 francs.

De 1 à 3 kilomètres..........	3 francs
3 à 5 —	4 »
5 à 6 —	5 »
6 à 8 —	6 »

Au-dessus de 8 kilom., 1 franc par kilomètre parcouru en sus.

Art. 4. — L'extraction de dent, l'injection hypodermique seront payées 2 francs; la saignee, l'ouverture d'abcès, les ventouses sèches, francs; les ventouses scarifiées, les cauteres, les moxas, setons, 5 francs; les pansements de 1 à 5 francs; le cathéterisme, 5 francs le premier, 3 francs les suivants independamment du prix de la visite.

Art. 5. — L'examen simple au spéculum sera payé 5 fr. l'accouchement simple 50 francs.

Art. 6. — Le certificat ordinaire sera payé 5 francs; celui qui est destiné à être produit en justice, 10 francs.

Art. 7. — La visite de nuit sera payee 10 francs; hors de la résidence du médecin, 10 francs, plus le double du prix de la visite ordinaire.

Art. 8. — Les consultations entre confrères seront payées 10 francs, le déplacement en plus. Si d'autres consultations suivent de près, elles seront payées 3 francs en plus de la visite simple. Le medecin traitant prendra les mêmes prix que le ou les confreres appeles.

Chap. III. — Règlement des honoraires.

Article 1. — Les honoraires seront réclamés au plus tard six mois après la cessation du traitement.

A cet effet, des lettres d'avis, d'un modèle uniforme pour tous les membres du syndicat, seront adressées aux clients.

Art. 2. — Dans le cas où une première réclamation resterait sans résultat, une lettre de rappel serait envoyée dans le mois suivant.

Art. 3. — Si ce nouvel avertissement restait infructueux, il serait suivi, dans le délai d'un mois, d'un troisième et dernier. Au bout d'un nouveau mois écoulé, il pourrait être pris telles mesures qui seraient jugées opportunes pour sauvegarder les intérêts du médecin.

Art. 4. — Un mois après le dernier avis resté sans résultat, les récalcitrants seront signalés aux membres du syndicat qui s'interdisent formellement de leur donner aucuns soins, tant qu'ils n'auront pas justifié qu'ils sont libérés vis-à-vis de leur ancien médecin.

Art. 5. — Chaque membre du syndicat signalera à ses confrères les familles qui quitteront sa circonscription médicale sans avoir réglé leur compte.

Le médecin appelé à leur donner des soins devra exiger la présentation d'une quittance de leur ancien médecin

Art. 6. — L'article premier ci-dessus n'est pas applicable aux clients qui ont déjà l'habitude de régler à une époque fixe de l'année.

Dispositions transitoires.

Un nouvel et dernier avis sera immédiatement adressé aux clients qui, ayant déjà été invités plusieurs fois à régler ne se seraient pas exécutés.

L'article 4 ci-dessus sera immédiatement applicable à ceux qui, dans le délai d'un mois, n'auront pas satisfait aux justes réclamations de leur médecin.

Chap. IV. — Constitution du syndicat.

Article 1. — Sont membres du syndicat :

1° Tous les médecins qui ont concouru à l'élaboration des présents statuts ;

2° Tous ceux qui déclareront y adhérer sans restriction et qui signeront sur un registre spécial l'engagement d'honneur de s'y conformer.

Cet engagement pourra être pris provisoirement par lettre adressée au Secrétaire, sauf à être rendu définitif par la signature apposée dans la plus prochaine réunion au registre ci-dessus mentionné.

Art. 2. — Le syndicat est administré par un bureau composé de :

Un Président ;
Un Vice-Président ;
Deux assesseurs ;
Un secrétaire-trésorier.

élus par leurs confrères.

Dans la séance du 9 août 1881 ont été élus :

Président : le docteur Caussade.
Vice-Président : le docteur Dulaurier.
Assesseurs : los docteurs Barbanceys et Lafitte.
Secrétaire-Trésorier : le docteur Chayron.

Les membres du bureau sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

Art. 3. — Le bureau forme, en quelque sorte, une Chambre de discipline, un tribunal d'honneur, auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères syndiqués. Il étudiera les questions qui lui seront déférées, et soumettra ses conclusions à l'Assemblée générale qui statuera d'une façon définitive.

Art. 4. — Le bureau est plus spécialement chargé de centraliser tous les renseignements pouvant intéresser les membres du syndicat, de préparer les travaux qui devront être discutés à chaque réunion, de provoquer les réunions ordinaires et extraordinaires qui pourront avoir lieu. Il devra également se mettre en rapport avec les pouvoirs publics pour défendre les intérêts des adhérents ; il devra aussi se mettre en relations avec les autres syndicats pour soutenir en commun les intérêts professionnels.

Art. 5. — Les réunions ordinaires auront lieu tous les trois mois.

Des réunions extraordinaires auront lieu toutes les fois que des circonstances impérieuses l'exigeront, de l'avis du bureau. En cas de réunion extraordinaire les lettres de convocation indiqueront l'objet de la réunion.

Les membres du syndicat seront convoqués par les soins du secrétaire au moins huit jours à l'avance.

Art. 6. — L'assistance aux réunions est obligatoire. Tout membre qui y manquerait sans excuse jugée valable par l'assemblée, serait passible d'une amende de cinq francs.

Art. 7. — Les communications qui seront présentées aux réunions devront être annoncées à l'avance. L'ordre du jour sera préalablement arrêté par le bureau et annoncé par le Président au commencement de chaque séance.

Art. 8. — Pour faire face aux dépenses diverses (frais d'impression, de correspondance, etc.), il sera versé par chaque membre une cotisation annuelle de douze francs payable le premier septembre de chaque année. Le fonds commun, ainsi constitué, s'accroîtra des amendes infligées en vertu de l'article 6.

Art. 9. — Tout membre qui aurait manqué aux obligations imposées par les précédents statuts, et, qui après une invitation du bureau, refuserait de s'y soumettre, serait exclu du syndicat et déchu de tous droits sur le fonds commun. Il en serait de même de celui qui, dans les trois mois qui suivraient la réclamation à lui adressée par le trésorier, n'aurait pas versé le montant des cotisations échues ou des amendes encourues. La déchéance toutefois, ne serait définitive que lorsque l'assemblée l'aurait ratifiée.

Rapports avec les sociétés de secours-mutuels.

Art. 1. — Il ne sera consenti aucun abonnement avec les Sociétés de secours-mutuels pour les soins médicaux à donner à leurs membres.

Art. 2. — Ceux-ci seront traités comme des clients ordinaires et les honoraires réglés d'après les tarifs communs. Toutefois, une réduction de 25 p. 0[0 pourra être faite sur le compte des membres ouvriers. Dans aucun cas cette réduction ne sera accordée sur les comptes des patrons ou propriétaires.

Lundi a été célébré, à la mairie du Xe arrondissement par le Dr Clavel, adjoint, le mariage *civil* de notre collègue le Dr *Paul Labarthe*, rédacteur en chef *du Médecin praticien*, avec Mlle Elise Guyot. Les témoins du marié étaient : MM. Henri Bouley, de l'Institut, du Muséum et de l'Académie de Médecine, et Jean David, député républicain du Gers ; ceux de la mariée, étaient : l'illustre doyen de la presse médicale, le Dr Jules Guérin, de l'Académie de Médecine et le Dr Landrieux, médecin de l'hôpital *Saint-Louis*, ancien chef de clinique de la Faculté.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 20 novembre 1881, dans le nouvel amphithéâtre, à 9 heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

3 Décembre 1881 3me Année. — No 49

SOMMAIRE

BULLETIN

M. Peter présente, au nom de M. *Vergely* (de Bordeaux), un travail intitulé : *De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète*. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes : 1° les accès d'angine de poitrine peuvent se montrer dans le courant du diabète; 2° ces accès d'angine de poitrine peuvent être simples ou associés à des névralgies intercostales; 3o ils peuvent se montrer indépendamment de toute affection cardiaque ; 4° il importe, en présence d'un accès d'angine de poitrine, d'examiner avec soin les urines pour s'assurer si cette névrose ou cette névralgie n'est pas liée au diabète.

M. *Polaillon* fait un rapport sur une observation de M. *Demons* (de Bordeaux) intitulée: *Modification au procédé ordinaire de la résection tibio-tarsienne dans certains cas de fractures conpliquées du cou-de-pied*; cette observation est analogue à celle que M. Polaillon a lui-même présentée dernièrement à l'Académie ; elle offre un vif intérêt, parce qu'elle confirme l'utilité de la conservation de la malléole externe dans la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe.

M. *Lannelongue* présente un enfant atteint d'*amputation congénitale de plusieurs doigts*. Plusieurs autres doigts sont à la veille de tomber. Des sillons de plus en plus profonds se creusent sur l'avant-bras et la jambe de chaque côté, et entraîneront certainement la perte de ces membres. Pas d'hérédité dans la famille ; il n'y a qu'une idiote

M. Lannelongue considère cette maladie comme une sclérodermie congénitale.

M. Bouley rappelle qu'une discussion s'est récemment élevée entre lui et MM. Leblanc et J. Guérin, à propos d'une communication faite par lui sur *l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes*. A ce propos M. J. Guérin a voulu démontrer que l'expérimentation est bien inférieure à l'observation et qu'elle n'est en réalité que l'humble servante de cette dernière méthode. M. Bouley croit que l'on doit considérer ces deux méthodes comme des procédés qui se complètent l'un l'autre. Mais l'orateur a hâte de laisser de côté cette question de philosophie médicale; ce qui lui importe, dit-il, c'est de réparer un déni de justice commis par M. J. Guérin au préjudice de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, ces habiles expérimentateurs qui viennent de faire une véritable découverte, en montrant expérimentalement que le charbon symptomatique diffère essentiellement du charbon bactéridien ou fièvre charbonneuse, et qu'il est possible de prévenir cette maladie par l'inoculation intraveineuse du virus particulier qui la produit. Le charbon symptomatique ne serait donc pas, comme le prétend à tort M. Jules Guérin, une simple forme atténuée, une *ébauche* du charbon bactéridien; c'est une maladie complètement différente.

Ces différences les voici :

Le microbe du charbon bactéridien, la bactéridie, se présente sous la forme d'une baguette ou d'un bâtonnet qui garde une immobilité absolue.

Le microbe bactérien, la bactérie, est, au contraire, remarquable par son extrême mobilité.

La bactérie infecte le sang de l'animal dans lequel on la constate en quantité prodigieuse ; la bactéridie, au contraire, est extrêmement rare, et c'est à peine s'il est possible de la découvrir dans le sang, d'où la difficulté d'inoculer ce charbon par le sang tandis que l'inoculation du sang du charbon bactéridien faite à des animaux susceptibles, donne des résultats positifs.

La bactéridie charbonneuse est disséminée dans tout le système; la bactérie est concentrée dans les tumeurs qui caractérisent le charbon symptomatique et qui se trouvent principalement dans l tissu cellulaire sous-cutané.

La bactéridie charbonneuse ne passe jamais du sang de la mère dans celui du fœtus; tandis que MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont recueilli souvent la bactérie du charbon symptomatique chez des fœtus dont la mère était affectée de cette variété de charbon.

La bactéridie introduite dans le sang s'y multiplie avec une extrême facilité; la bactérie du charbon symptomatique, au contraire, ne trouve pas dans le sang un milieu favorable à son développement. Elle donne lieu dans l'organisme de l'animal à une fièvre très légère, passagère, à la suite de laquelle l'animal est doué de l'immunité contre cette maladie.

L'inoculation sur place du virus du charbon symptomatique détermine une tumeur emphysémateuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est un microbe anaérobie, et cette particularité explique l'existence de l'emphysème, car celui-ci est produit par l'acide carbonique résultant de la fermentation causée par le microbe.

L'animal chez lequel le charbon symptomatique s'est développé spontanément peut continuer à vivre; mais s'il survient une contusion, s'il se produit une ecchymose dans les tissus, le mélange de a bactérie avec le sang détermine l'infection générale et la mort.

Il en est de même lorsque le charbon symptomatique s'est développé sous l'influence de l'inoculation intra-veineuse. L'animal ainsi inoculé, s'il vient à éprouver une contusion, si la bactérie injectée dans le sang sort de ce liquide et passe dans le tissu cellulaire, elle trouve là les conditions de son développement et, dès lors, se généralise et infecte l'organisme.

Quand on injecte le charbon symptomatique dans les veines, on donne l'immunité contre le charbon symptomatique, on ne la donne pas contre le charbon bactéridien et *vice versa*. Donc ce sont bien deux charbons différents, ainsi qu'il résulte des expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas.

Ces expériences prouvent aussi la supériorité de l'expérimentation sur la simple observation : étant donnée la notion expérimentale de la nature d'une maladie, on est arrivé à la prophylaxie efficace de cette maladie par l'inoculation préventive. L'expérimentation complète donc l'observation, va au-delà de cette dernière et donne la certitude à laquelle celle-ci n'aurait pu atteindre sans elle.

Revenant à la péripneumonie contagieuse, l'orateur établit que l'observation s'était arrêtée à un point déterminé qui laissait incomplète la connaissance de la maladie et surtout de son traitement. Willems est venu, qui a montré qu'en inoculant une vache sur la queue, avec le virus de la péripneumonie contagieuse, on ne détermine que des accidents purement locaux. Si, ensuite, on inocule le même animal, sur une région du corps où, dans les conditions ordinaires, l'inoculation détermine des accidents mortels, on voit que l'animal reste indemne et a été rendu réfractaire par la première inoculation faite sur la queue.

Pour M. *J. Guérin* l'expérimentation ne conduit à de réels progrès en médecine que lorsque, se subordonnant à l'observation et guidée par cette dernière, elle donne des résultats qui, combinés avec ceux de l'observation, constituent l'expérience. Il ne faut pas, en effet, confondre l'expérience avec l'expérimentation, qui n'est qu'un simple facteur, facteur secondaire de l'expérience dont l'observation est le principal. L'inoculation préventive, ainsi que l'a déjà dit M. Jules Guérin, présente l'inconvénient grave, le danger réel de semer la maladie qu'elle prétend prévoir, et de créer autant de foyers d'infections qu'il existe d'individus inoculés.

En outre, les animaux inoculés conservent dans leur organisme des stigmates, des restes de la maladie qu'on leur a ainsi communiquée; en ce qui concerne la péripneumonie contagieuse, ces restes peuvent évoluer en tuberculose transmissible aux personnes qui se nourriront de la chair de ces animaux.

En ce qui concerne la non-identité du charbon bactéridien et du charbon symptomatique, M. Jules Guérin n'est nullement convaincu par les expériences de MM. Arloing, Cornevin et Thomas, soutenus par l'éloquence de M. Bouley. Les maladies en général, et les maladies contagieuses en particulier, présentent une multitude de formes variables suivant les circonstances où elles se manifes-

tent. Or, ces formes ne constituent pas des maladies d'espèces différentes, mais de simples variétés. Il n'est pas possible, pour le cas du charbon bactéridien et du charbon symptomatique, de conclure à la non-identité de ces maladies d'après la différence des microbes et des lésions pathologiques, non plus que par les résultats des expériences ; de même qu'il y a des formes ébauchées du choléra; il existe des formes ébauchées du charbon, et le charbon symptomatique en est une.

En résumé, chacun des deux adversaires a conservé son opinion : l'*expérience* nous apprendra lequel s'est le plus approché de la vérité.

Dr J. Geoffroy

CHIRURGIE PRATIQUE

DU DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE ET DE SON TRAITEMENT

I.

Diagnostic de la Coxalgie.

Il est peu de maladies de l'enfance et de l'adolescence qui demandent un diagnostic aussi positif. C'est en effet une de ces affections qui réclament dès le début un traitement énergique et bien entendu. Absolument incurable si on l'abandonne à elle-même, et pouvant causer des désordres mortels, ou au moins une infirmité irrémédiable, elle gagnera toujours à être vite diagnostiquée.

Au premier abord on s'étonne de voir la coxalgie si fréquemment méconnue et, cependant, que de causes d'erreur peuvent empêcher le médecin de poser un diagnostic certain. L'articulation de la hanche n'est pas superficielle comme le genou, le coude ou le cou de pied. Les os qui la forment et qui l'entourent, sont fréquemment atteints de lésions qui se développent dans les mêmes conditions que la coxalgie; les parties molles elles-mêmes, si épaisses autour d'elle, peuvent être affectées de maladies qui amènent des attitudes vicieuses et qui conduisent à un faux diagnotic. Disons aussi que beaucoup de pauvres enfants sont atteints de coxalgie, sans que leur entourage en prenne le moindre souci; ils boîtent, ils se plaignent, et on incrimine la paresse ou une faiblesse particulière du à la croissance jusqu'au moment où le petit malade vaincu par la douleur ne peut plus marcher et commence à dépérir.

Dans tous nos traités classiques, la coxalgie est est longuement décrite ; cependant il n'est peut-être pas inutile de présenter un tableau complet du diagnostic de cette affection. Nous avons l'intention d'y joindre un certain nombre de conseils importants, surtout dans la coxalgie de l'enfance, et de passer en revue toutes les erreurs que l'on peut commettre quand on est en présence d'un malade.

Dans quel sens comprenons-nous le mot coxalgie? Sans entrer dans une discussion stérile, nous pensons qu'au point de vue réellement pratique on doit entendre par Coxalgie, *toute maladie inflammatoire de l'articulation de la hanche ayant une tendance à la chronicité, à la formation d'abcès, et à la désorganisation de la jointure.*

A. — Signes habituels de la Coxalgie.

Il est très important de bien connaître les phénomènes qui marquent le début des coxalgies ; car bien qu'on ait souvent commis des fautes de diagnostic dans les périodes avancées de cette affection, c'est surtout dans les premiers jours qu'elle a été méconnue.

Elle se présente avec des caractères un peu différents suivant l'âge du malade : l'enfant *marche* ou *ne marche pas*. Quand les petits malades ne marchent pas encore, le début de l'affection est souvent marqué par une *irritabilité* exagérée de l'enfant, il pleure, crie quand on le change de place, quand on l'emmaillotte. Souvent la nuit, ou au milieu du sommeil, il pousse des plaintes, même des *cris aigus* qui le réveillent ; c'est à l'occasion d'un mouvement intempestif qui a fait naître la douleur dans la jointure. L'enfant est alors soumis à votre examen, vous l'observez couché sur un lit après l'avoir déshabillé ; et vous voyez que ses deux membres inférieurs ne s'agitent pas également, quand on les excite au moyen du chatouillement de la plante du pied, le membre sain s'agite vivement en tous sens, tandis que le malade ne peut se détacher du lit et présente comme un mouvement de *reptation*. On peut alors constater un certain degré de *flexion* de la cuisse sur le bassin, et de la roideur des muscles adducteurs.

Plus tard les attitudes vicieuses peuvent s'exagérer, il peut se produire des déplacements, des abcès : nous y reviendrons.

Quand l'enfant *marche* depuis plus ou moins longtemps, les signes sont plus complets et tout-à-fait semblables à ceux de la coxalgie de l'adulte. Le début, par sa variabilité, peut tout d'abord induire en erreur. C'est bien souvent une *claudication intermittente*, revenant vers le soir, ou à l'occasion d'une marche exagérée. Elle s'accompagne d'une sensation de pesanteur du membre, de douleurs obscures, quelquefois assez vives dans la hanche et on pense généralement alors que l'enfant grandit ou bien que sa paresse l'empêche de marcher et lui fait simuler la fatigue. On a même vu des cas où la claudication pouvait durer un mois, disparaître, puis revenir et disparaître plusieurs fois avant de s'établir définitivement.

Quelquefois le début est *aigu*, caractérisé par des douleurs vives dans la hanche, de la fièvre, l'impossibilité de s'appuyer sur le membre et la production des attitudes vicieuses ; nous verrons que généralement ce mode d'invasion répond à des formes particulières.

Maintes fois la coxalgie s'accuse par une douleur continue exacerbative *au genou* et surtout vers le condyle interne du fémur ; aussi voit-on bien souvent des enfants qu'on a soignés longtemps pour une prétendue affection du genou et chez

lesquels on trouve une coxalgie déjà accompagnée de flexion.

Les *douleurs spontanées nocturnes* sont encore là un signe important, les cris qui les accompagnent indiquent qu'il existe quelque part une affection très douloureuse et invitent à en rechercher le siège.

Le malade étant dans son lit, on observe une *douleur* violente à la *pression* de la jointure, reparaissant à l'occasion des mouvements surtout quand on les fait un peu étendus; quand elle est plus sourde on la réveillera toujours par la *pression* ou un *choc* brusque porté sur le grand trochanter ou sous le talon. Quand le malade est encore un enfant, on peut aussi le faire coucher sur le ventre, puis essayer de le soulever par une jambe, du côté sain la fesse se plisse jusqu'à l'extension extrême, tandis que du côté malade le sujet immobilise son bassin sur sa cuisse et présente une roideur très notable de la fesse et des reins du même côté.

La station debout sur un seul pied est impossible de même pour le saut et, en somme, pour tout ce qui peut donner à la jointure une commotion.

Quand le malade est sur le dos, l'abduction est toujours difficile et on sent, à la partie interne et supérieure de la cuisse, la corde dure et épaisse formée par le tendon du moyen adducteur.

Tels sont les signes du début. Un peu plus tard on pourra constater des attitudes vicieuses; une *flexion* plus ou moins marquée de la cuisse, déterminant une *ensellure lombaire*, quand on veut la corriger. A la flexion se joint, ou bien l'adduction avec rotation en dedans ou bien l'abduction avec rotation en dehors. Nous n'insistons pas sur les variations apparentes ou réelles de longueur du membre. Nous pouvons, avec Valette, indiquer en résumé les signes presque certains du diagnostic positif.

1° Douleur spontanée ou provoquée à la hanche.

2° Claudication permanente, quelquefois intermittente au début.

3° Rigidité articulaire.

4° Déformation de la hanche et attitudes vicieuses.

5° Attitudes du corps dans la station debout.

B. — Diagnostic différentiel. Voyons maintenant par quelles hésitations le praticien peut parfois passer avant d'asseoir solidement son opinion. C'est l'étude du *diagnostic différentiel* que nous croyons utile de diviser en deux périodes. Dans l'une, la coxalgie est rapprochée de son début, il n'y a point d'*abcès périarticulaires*; dans l'autre, la présence de collections purulentes vient parfois obscurcir les signes principaux. Enfin il y aura souvent en même temps des déplacements articulaires qu'il sera utile d'apprécier.

Les *abcès arthrifluents* de la coxalgie se portent toujours assez rapidement vers la peau et ils peuvent alors faire saillie, ou à la partie antéro-supérieure de la cuisse, ou à sa partie interne; d'autres fois ils se portent vers la partie interne de sa racine, au-dessous du pli genito-crural; enfin il n'est pas très rare de les voir saillir au niveau du pli sous-fessier ou même du pli de l'aine; nous verrons dans un instant que chacune de ces variétés peut être la cause d'une erreur. De plus, elles pourront parfois exister ensemble.

Pour se rendre compte de la situation de l'extrémité supérieure du fémur, nous recommandons fortement un moyen qui est pratiqué avec succès dans la clinique de M. le professeur Verneuil; il est commode parce qu'on n'a point besoin de s'occuper du parallélisme des membres. On marque à l'encre le point culminant des deux épines iliaques antérieures et supérieures; puis on reconnaît par la palpation le point culminant du bord supérieur des grands trochanters, on le marque aussi par un point, à partir duquel on tire, en avant, une ligne horizontale qui croise la verticale tombant de l'épine iliaque. On mesure alors avec un mètre de ruban, *la distance de l'épine à la ligne trochantérienne* et on voit si elle est la même du côté sain et du côté malade : le raccourcissement, ou l'allongement, indiquent la valeur du déplacement de la tête fémorale en haut et en bas; tandis que la distance des trochanters à la ligne iliaque indiquera si celui-ci est reporté en avant ou en arrière de sa situation normale.

Nous recommandons, en passant, ces diverses mensurations dans toutes les affections de la jointure coxo-fémorale.

Dans la coxalgie au début et sans abcès, nous envisagerons toujours l'enfant qui ne marche pas, et l'adulte. On a vu des enfants de quelques mois, présenter une paresse particulière d'un membre, et des douleurs à la palpation qui simulaient une coxalgie au début, mais souvent alors on a affaire à de fausses positions dues à un *emmaillottement mal fait*, et il suffit de laisser les membres inférieurs du petit malade en liberté pour voir tout cesser.

La *paralysie infantile* peut parfois laisser un membre immobile et par là simuler l'arthrite coxo-fémorale, mais on aura observé auparavant des convulsions, et de plus, la jointure présentera une liberté absolue dans tous ses mouvements.

Chez les enfants qui marchent depuis un temps plus ou moins long, et chez les adultes, le diagnostic présente souvent de réelles difficultés; les erreurs nombreuses que l'on rencontre de toutes parts en sont la meilleure preuve. Quelques cas sont caractérisés par l'évolution très rapide des accidents qui surviennent, soit à la suite d'un traumatisme, soit spontanément. En général il faut se défier et penser que la coxalgie ordinaire marche toujours d'une façon plus lente; elle est apyrétique dans son début, et elle est évolue d'une façon *sournoise*.

Des malades sont tombés, puis ont marché pendant quelques jours, malgré les douleurs vives qu'ils ressentaient; ils ont fini par rester au lit, accusant une douleur fixe de la hanche ; c'étaient des *fractures du col du fémur* sans déplacement, dont la marche avait enflammé le foyer. Cette année, nous avons vu un solide garçon de 14 ans et demi qui, après une chûte sur la hanche, fut obligé de s'arrêter; nous ne trouvâmes aucun signe de fracture et, cependant, il souffrit pendant près de quatre semaines, et ne recommença à

marcher qu'en boîtant comme ceux qui viennent d'avoir une fracture du col.

Les *luxations traumatiques* méconnues ont quelquefois donné lieu à des erreurs, surtout quand on a été appelé à voir le malade quelque temps après l'accident. On pense alors que la chûte n'est qu'une cause futile, et on juge que le déplacement du membre est consécutif à la coxalgie.

Dans ces cas il faut toujours tenir compte de la marche des faits qui est invariable; aussitôt après la luxation surviennent des accidents inflammatoires très douloureux, une arthrite traumatique violente qui peut durer un mois ou six semaines; puis les phénomènes se calment et une fausse jointure s'établit, mais plus souvent l'ankylose. Récemment nous avons observé un enfant de huit ans, venu de la campagne, et présentant la cuisse gauche demi-fléchie avec une rotation marquée en dedans et de l'adduction, l'ankylose était complète; nous pensions à une coxalgie guérie par soudure osseuse, quand on nous dit que le petit malade était tombé il y a deux ans; qu'un rebouteur avait exercé sur sa cuisse des tractions violentes, et qu'à la suite il avait souffert pendant six semaines poussant des cris jour et nuit. C'était une ancienne luxation du fémur en haut et en arrière qui, méconnue et mal traitée, avait produit une arthrite aiguë, puis l'ankylose.

Mais on a vu aussi prendre pour une luxation traumatique une déviation coxalgique. Holmes (1) raconte un fait de ce genre assez plaisant dans lequel un interne de Saint-George-Hospital fut traduit à la barre du directeur par un médecin de la ville, pour n'avoir pas voulu, et à bon droit, réduire une luxation coxalgique qu'il lui amenait et qu'il avait méconnue.

Le traumatisme même modéré, la *contusion de la hanche*, peuvent causer une immobilité de la jointure et des douleurs qui simuleront le début de la coxalgie. On la voit quelquefois succéder à ces accidents qui, chez des individus débilités, ont été le point de départ d'un travail lent d'ostéite; aussi, quand après une contusion de la hanche on verra les douleurs ne point diminuer après huit ou dix jours, il faudra porter un diagnostic très circonspect et prévoir la coxalgie. Le récent travail que M. Ollier a publié dans la Revue de chirurgie (2) fait prévoir la part que l'on peut souvent attribuer au traumatisme dans la production des lésions chroniques des os ou des jointures.

D'autres fois, après une chute, ou spontanément, on voit survenir des phénomènes atrocement douloureux, de la fièvre, un état typhique très marqué; un gonflement considérable de la racine de la cuisse, la coxalgie n'a point cette marche foudroyante qui caractérise *l'ostéite épiphysaire* phlegmoneuse ou suraiguë de la tête du fémur.

Le *rhumatisme articulaire aigu* se localise bien rarement à la hanche; et on constate toujours en même temps des manifestations rhumatismales erratiques ou fixées sur d'autres jointures, l'anémie et la fièvre caractéristiques.

Nous avons observé, en 1878, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade qui entra avec tous les phénomènes d'une arthrite aiguë de la hanche, à la suite de fatigues exagérées et d'un refroidissement. En même temps, il présentait du délire, du ballonnement du ventre, une langue fuligineuse, de la diarrhée et une température oscillant entre 39° et 40°; enfin des signes de fièvre typhoïde. Bientôt sa cuisse se plaça dans l'abduction avec flexion et rotation en dehors, les phénomènes généraux ne firent qu'augmenter et il succomba au vingtième jour de sa maladie. Nous trouvâmes à l'autopsie une arthrite suppurée avec érosion des cartilages et destruction du ligament rond. Dans les poumons existait une poussée confluente de granulations tuberculeuses miliaires; nous avions donc eu affaire à une *arthrite tuberculeuse suraiguë* compliquant une maladie pulmonaire que nous avions méconnue à cause des signes d'infection typhique que présentait notre malade.

Dans certains cas, toujours chez des jeunes filles, on observe des signes de coxalgie survenant très vite, mais sans accompagnement de fièvre, la hanche est roide, le membre dans une position vicieuse et on est tout prêt à porter un pronostic funeste. Si l'on fait attention que les douleurs sont superficielles, cutanées pour ainsi dire, que la malade accuse des sensations alternatives de chaleur et de froid, qu'il y a parfois des rémittences complètes avec abolition de tous les signes, on reconnaîtra la *coxalgie hystérique*. D'ailleurs on aura dans l'anesthésie choroformique un critérium certain, elle fera en effet cesser immédiatement tous les phénomènes.

Etudions maintenant quelles fautes de diagnostic on peut commettre dans les coxalgies à marche ordinaire, lente et torpide. La *douleur du genou* a souvent fait croire à une affection de cette jointure. Il suffira d'examiner la hanche, ce qu'il faut toujours faire quand on vous présente un malade se plaignant du genou, pour se convaincre que là est la lésion principale.

Chez les adolescents et les adultes, il n'est point rare de voir des coxalgies s'accompagner de douleurs le long du nerf sciatique, douleurs parfois localisées (Valleix) à la hanche et à la tête du peroné. Les signes de *névralgie sciatique* peuvent aussi en imposer pour une coxalgie; il faudra alors soigneusement examiner, sous le chloroforme, la mobilité de la jointure; d'ailleurs on observera aussi, suivant la juste remarque de M. Léon Labbé, que le malade atteint de sciatique marche en se courbant en deux, tandis qu'il se tient droit dans la coxalgie. Crocq a signalé un cas de névralgie crurale prise aussi pour une coxalgie.

Mais il est chez les adolescents quelques cas de lésions dont le diagnostic sera très délicat. L'inflammation du grand trochanter, la *trochantérite*, ou mieux l'ostéite subaiguë du grand trochanter qui peut survenir à l'occasion de fatigues, à la suite d'un coup, simule, à s'y méprendre, la cox-

(1) Holmes. Maladies chirurgicales des enfants Trad. de Larcher. Paris, 1870.

(2) Ollier. De l'entorse juxta-épiphysaire. Revue de chirurgie, 1881, n° 10

algie (1). Mais la douleur est très limitée à la région trochantérienne, la hanche est mobile, de plus un repos de quelques jours guérit rapidement l'affection. C'est une pseudo-coxalgie, dit M. de Saint-Germain, qui, bien traitée, guérit toujours.

La *sacro-coxalgie* se reconnaîtra assez facilement à la localisation de ses douleurs au niveau de la symphyse sacro-iliaque, nous n'y insistons pas.

Souvent on vous présente des enfants qui boitent d'une façon d'abord intermittente, chaque soir par exemple, ou qui ont toujours boité d'un côté, depuis qu'ils marchent; vous examinerez la jointure, elle sera mobile, mais les adducteurs présenteront une certaine contracture; vous mesurerez la distance ilio-trochantérienne et vous trouverez une diminution comparativement au côté sain, et presque fatalement vous poserez le diagnostic de coxalgie. Là pourtant il faut se défier; si en effet, on tourne l'enfant sur le ventre, on observe une élévation du pli fessier, un aplatissement de la fesse dû à une paralysie des membres fessiers et pelvi-trochantériens. M. le professeur Verneuil a, le premier, attiré l'attention sur ces cas qu'il a nommés les *luxations paralytiques* du fémur. Ils sont toujours consécutifs à une attaque de paralysie infantile et, souvent aussi ils ont été pris pour des luxations congénitales de la hanche (2).

Chez l'adulte, le *morbus coxae senilis* pourra induire en erreur, mais on constatera les antécédents d'arthritisme chez le sujet observé; il aura des craquements dans les jointures, et on sentira dans sa hanche une crépitation très notable.

Examinons maintenant les cas plus complexes, où on sera en présence d'un malade offrant une déformation des membres inférieurs avec une ou plusieurs *collections purulentes* dans la hanche ou non loin de cette région. Là encore, il est utile de distinguer deux classes de faits : ou bien les lésions ont suivi une marche aigüe, ou bien elles ont évolué chroniquement. Récemment encore nous avons vu un malade envoyé dans un service de chirurgie comme atteint de coxalgie avec abcès; il avait le membre dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans; une collection fluctuante chaude et tendue se montrait au niveau du pli de l'aine : c'était un *phlegmon de la gaine du psoas* une vulgaire phlegmon iliaque, qui, une fois ouvert, guérit très bien; et avec lui disparurent les signes de cette pseudo-coxalgie; on signale aussi des cas où une adénite suppurée du pli de l'aine s'accompagnant d'abduction de la cuisse avec flexion pouvait simuler ou bien cacher une coxalgie réelle.

Mais hormis ces faits encore rares, on a bien plus souvent affaire à des abcès froids de la hanche, et il est difficile de savoir s'ils sont articulaires ou périarticulaires. Disons dès maintenant, qu'au moyen du chloroforme on pourra facilement reconnaitre si la jointure est malade et alors, là sera le point de départ de l'abcès ossifluent, sinon il faudra le chercher ailleurs et se rappeler une série de cas intéressants, publiés à diverses époques, et qui aideront puissamment au diagnostic. Hervez de Chégoin signale *l'oreitte chronique du grand trochanter*, comme point de départ d'abcès froids descendant devant la jointure ou plus souvent au dehors. Nélaton (1835) signale un *abcès ossifluent* de la tubérosité *ischiatique* ayant produit de la rotation en dedans et de l'adduction. *L'ostéo-périostite* du petit trochanter produit aussi de l'adduction avec rotation en dedans (Phillipeaux). On a aussi décrit une affection, la *périarthrite coxo-fémorale*, qui, caractérisée par une collection purulente sous le grand fessier, produit une grande gêne des mouvements avec une flexion et rotation de la cuisse en dehors. La situation et le développement à peu près aigu de l'abcès permetteront reconnaître la lésion. On devra toujours examiner avec soin la *colonne vertébrale*, voir si elle a des points douloureux, des déviations, car on sait que le mal de Pott lombaire peut produire des abcès qui descendent dans la cuisse avant de s'ouvrir au dehors. Nous ne signalons que pour mémoire, vu leur extrême rareté, les cas de *cancer hématode* signalés par Burns et de *tumeurs encéphaloïdes* fluctuantes signalées par Béraud et qui ont été confondues avec des abcès.

Il nous reste, pour terminer la question du diagnostic de la coxalgie, à traiter deux points peut-être un peu accessoires, mais qui, toutefois, ont une certaine influence sur les indications thérapeutiques. Quelle est la forme anatomique de la coxalgie observée? Les signes peuvent-ils renseigner sur la cause pathogénique.

C.-Diagnostic de la variété anatomique.

On a cherché à distinguer les coxalgies osseuses et les coxalgies capsulaires, celles dont les lésions attaquent le squelette et celles qui altèrent de préférence la capsule. Eh bien, malgré les parallèles qu'ont établis les auteurs classiques, nous pensons que rien n'est plus difficile à juger dans l'état actuel de nos connaissances; il n'y a pas de signes pathognomoniques de l'une ou de l'autre forme et d'ailleurs, peu importe, le traitement sera toujours le même.

Peut-être la distinction entre les deux formes anatomiques des lésions osseuses, acétabulaire ou fémorale est-elle plus facile à faire sur le malade? Dans la forme acétabulaire, dit-on, les douleurs sont plus vives du côté de la fosses iliaque interne et s'étendent vers les autren points de l'os des îles.

D. Diagnostic de la cause.

L'origine étiologique de la coxalgie est beaucoup plus importante, car elle donne des indications sérieuses sur le pronostic et le traitement. Il faudra toujours se défier des arthrites aiguës de la hanche, qui surviendront après les fièvres graves et en particulier après la *fièvre typhoïde*, elles suppurent fatalement. Il est aussi très-important, comme nous l'avons vu, de rechercher, dans

(1) De Saint-Germain. Clin. inédite. de 1881.

(2) Verneuil. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1866. — Reclus. Des luxations paralytiques du fémur : *in* Revue mensuelle de médecine et de chirurgie de 1878.

certains cas, l'état des poumons par l'auscultation, car la coexistence d'une *tuberculose miliaire* est encore une coïncidence des plus fâcheuses.

Quelques auteurs ont signalé les relations de la coxalgie avec la *blennorrhagie*; beaucoup les nient; cependant nous pensons qu'on ne doit point exclure cette notion. Nous avons en effet observé le cas suivant : un homme très vigoureux, batelier, subit, pendant le cours d'une blennorrhagie, une fatigue considérable et fût mouillé par la pluie; le lendemain il fût pris d'une violente douleur dans la hanche droite et entre à l'hopital. Les douleurs continuèrent très violentes durant plus d'un mois, la cuisse se fléchit légèrement et se place dans la rotation en dedans puis il s'établit une ankylose. L'arthrite incontestablement d'origine gonorrhéïque dans ce cas, s'est donc terminée par l'organisation des produits plastiques épanchés, comme il est d'usage dans toutes les affections de ce genre.

Les formes chroniques de la coxalgie s'observent chez des sujets diathésiques pour la plupart. Chacun sait quel rôle jouent la *scrofule* et le *rhumatisme* dans la pathogénie de cette affection, et combien les opinions des auteurs ont varié sur ce point. Les uns ont toujours regardé la coxalgie comme une affection scrofuleuse; tandis que Bell, Dzoudi, Gaillard (de Poitiers) et Verneuil ont distingué des coxalgies scrofuleuses et des rhumatismales. Le traumatisme par exemple, une chute sur la hanche, un mouvement forcé, comme on en observe des cas, peuvent être suivis d'une arthrite chronique, et celle-ci évoluera d'une façon différente suivant le terrain, c'est-à-dire suivant la constitution du sujet atteint. Chez un sujet franchement scrofuleux ou débilité par la misère physiologique, une mauvaise hygiène, enfin par ces conditions qui produisent, pour ainsi dire, une scrofule artificielle, l'arthrite évoluera souvent d'une façon torpide et tendra presque fatalement vers la production de fongosités, la suppuration et la désorganisation complète de la jointure.

Chez un arthritique, au contraire, les douleurs seront généralement plus aigües au moment de l'invasion, la faiblesse et l'impotence du membre malade seront plus rapides, et les produits pathologiques auront une tendance marquée vers l'organisation fibreuse, ou la transformation fibrolardacée conduisant à l'ankylose.

Le pronostic sera donc différent dans les deux cas, bien que toujours grave. Cependant, comme le fait observer M. le Professeur Verneuil, il faut tenir compte de ceci : c'est que, très souvent, un sujet rhumatisant pourra être pris pour un scrofuleux et présentera une coxalgie avec fongosités et suppurations. Cela tient justement à l'affaiblissement causé par une lésion locale mal soignée, affaiblissement qui aura mis le petit malade dans les conditions d'un scrofuleux véritable. Cette remarque, que nous tenions à faire en terminant, montre combien il est important d'appliquer dès le début un traitement énergique.

(*A suivre*) D[r] HAMBAR

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

COMMISSION DE RÉVISION

DE LA

LÉGISLATION MÉDICALE

EXTRAIT

Du Procès-Verbal de la première Séance.

L'Assemblée Générale des membres du *Concours Médical* a pris, le 14 Août 1881, la *Résolution* suivante :

» L'Assemblée Générale décide qu'une *Commission* spéciale d'exécution de six membres sera créée pour assister le Directeur dans la poursuite des revendications législatives du Corps Médical.

« L'Assemblée nomme :

MM. Margueritte (du Havre),
Gassot (de Chevilly),
Bibard (de Pontoise),
Decool (d'Hazebrouk),
Landur (de Paris).

« Le Bureau devra désigner ultérieurement le second membre de Paris »

Le choix du Bureau s'étant porté sur M. le D[r] Monin, le nombre des membres de la commission s'est trouvé complété; M. le Directeur de la Société du *Concours Médical* a invité, par lettre particulière, chacun de ses membres à se réunir dans les bureaux de la Société le mercredi 23 novembre 1881, à 3 heures. — Une invitation spéciale a été aussi adressée à M. le D[r] Chevandier, député de la Drôme et membre du *Concours Médical*, pour qu'il vint prendre part aux délibérations de la Commission.

La *Commission de Révision de la Législation médicale* s'est donc réunie pour la première fois, le mercredi 23 novembre 1881, à 3 heures, sous la présidence de M. le D[r] Cézilly.

Etaient présents :

MM. les D[rs] Cézilly,
Margueritte,
Gassot,
Bibard,
Decool,
Landur,
Monin,
Chevandier.

La *Commission* s'est immédiatement adjoint, pour remplir les fonctions de Secrétaire, M. le D[r] Geoffroy, présent à la délibération, à laquelle ont aussi assisté M. le D[r] Ribard (de Meudon) et M. le D[r] Le Menant des Chesnais.

La *Commission* a inauguré ses travaux de ré-

vision par l'examen de la question : *Exercice de la médecine ; doit-il y avoir deux ordres de praticiens ?*

Avant de séparer, la *Commission* a tenu à déclarer qu'elle n'était pas une Commission fermée ; que, bien au contraire, elle serait heureuse de voir un grand nombre de médecins prendre part à ses travaux, soit en venant lui soumettre de vive voix leurs propres idées, soit en lui adressant des communications écrites sur les sujets en délibération.

L'heure et la date des séances seront donc annoncées à l'avance dans le *Concours Médical*, ainsi que les matières qui feront le sujet de l'ordre du jour.

Enfin des lettres spéciales d'invitation seront adressées à MM. les Médecins sénateurs et députés.

La *Commission* fixe la date de sa prochaine séance au *mercredi 7 décembre 1881, à 1 heure.*

Ordre du jour de la deuxième Séance :

REVISION DE LA LOI DE L'AN XI,
EXERCICE DE LA MÉDECINE,
SUPPRESSION DE L'OFFICIAT,
DROITS ET OBLIGATIONS DES DENTISTES,
DROITS ET OBLIGATIONS DES SAGES-FEMMES,
L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE
PAR LES MÉDECINS ÉTRANGERS.
USURPATION DE FONCTIONS ET DE TITRES,

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire, J. GEOFFROY.

II

MÉDECINE CANTONALE (*suite*).
HUITIÈME LETTRE. (1)

6e Le rôle du comité consultatif, la où il existe est trop prépondérant.

Dans la Sarthe, le préfet s'entoure d'un *Comité consultatif*, choisi par lui (organisation de 1851), parmi les médecins du Mans. Citons une des décisions de ce Comité : « Le chiffre de l'indemnité annuelle ne sera plus basé seulement sur l'*importance des soins accordés aux pauvres* ; mais sur la manière plus ou moins correcte dont les médecins auront rédigé leur rapport, sur l'*économie résultant du bon marché des médicaments prescrits*, etc., etc. » (*Recueil des actes administratifs*, 1875, p. 176). Ainsi il faut faire un rapport sérieux et *ne pas coûter trop cher à l'administration !*

Ce n'est pas tout. Le préfet, assisté sans doute de ce Comité, peut déplacer un médecin de sa circonscription sans son consentement, quelque préjudiciable que puisse lui être cette mesure.

Et si le médecin atteint donne sa démission, mais offre sans rémunération ses soins aux pauvres qu'il soignait officiellement jusque là, on lui répond qu'il n'est plus médecin cantonal et que, dès lors, les pauvres visités par lui, n'auront plus droit à la gratuité des médicaments. C'est le cas du Dr Gauthier (de Mamers) après dix-huit ans de service.

Il est juste d'ajouter que, dans la Sarthe, les membres du comité consultatif sont aujourd'hui nommés par les médecins cantonaux, et qu'on est en droit de considérer comme à jamais détruits les abus que nous avons dû signaler.

Dans la Meurthe, le comité jouit des mêmes prérogatives que dans la Sarthe et est composé de vingt cinq membres sur lesquels *huit* au plus peuvent être médecins.

Dans les autres départements, le médecin cantonal est aussi à la discrétion du préfet, et nous n'aurions qu'à reproduire les arguments que nous avons donné plus haut, en revendiquant l'indépendance des médecins attachés au service de la médecine des indigents.

7o L'obligation pour le médecin de ne pouvoir, sauf dans les cas urgents, visiter l'indigent malade qu'après la présentation d'un billet de visite délivré par le maire, est nuisible au service.

En principe, le médecin est indépendant du maire, mais l'invitation officielle que ce dernier peut lui adresser est de nature à créer des conflits. Au point de vue pratique, le maire, qui ne saurait juger l'état des malades, délivrera des billets à ceux qui les lui demanderont et le médecin risquera d'être appelé à chaque désir du malade c'est-à-dire pour *des riens*. Ne vaut-il pas mieux, dès lors, donner au médecin et aux malades, dans tous les cas, leur entière liberté?

Nous pourrions faire remarquer que le règlement permet au médecin de délivrer des médicaments s'il n'existe pas *d'officines à une distance du domicile du malade*. Il y a là un désaccord avec la loi qui règle l'exercice de la pharmacie, mais ne voulons que le signaler.

8o Le traitement alloué au médecin cantonal est dérisoire.

Le rapport de M. de la Valette, ministre de l'intérieur en date du 25 avril 1869, nous apprend que, de 1861 à 1865, le service de la médecine cantonale a fonctionné dans 48 départements et que 1,019,135 indigents ont, pendant cette période, reçu des soins gratuits. Les dépenses du service se sont élevées à 4,973,876 francs, ce qui donne par individu, une dépense de *quatre francs quatre-vingt-huit centimes, médicaments compris.*

La dépense annuelle est de 1,286,919 francs dont il faut retrancher, pour connaitre la dépense des communes, une somme de 150,000 (50,000 fr. donnés par l'état ; 50,000 fr. donnés par les départements ; 50,000 fr. fournis par les bureaux de bienfaisance). Les sacrifices de 250,000 communes (1) se réduisent donc à 1,136,919 francs, ce qui fait pour chacune d'elle une contribution annuelle de *cinquante-six francs quatre-vingt-centimes.*

Le traitement des médecins, chargés en général de *trois* communes, s'élève à cent quatre-vingt six francs dix centimes par tête ! « N'avais-je pas raison de dire, fait remarquer Heulhard » d'Arcy auquel nous empruntons ces détails, » que ce traitement dérisoire ravalait le médecin » au dessous du garde champêtre, lequel avec un » salaire double, après avoir tant bien que mal » surveillé les propriétés communales, jouit au

(1) On compte aujourd'hui 36,000 communes en France, mais ce qui est vrai pour 25,000 le serait aussi pour 36,000.

» moins des privilèges que n'a pas le médecin, de » dormir tranquillement dans son lit: Et puis » allez-donc conquérir des grades universitaires, » allez-donc, pendant des années, respirer l'air » empoisonné des amphithéâtres pour arriver à ce » beau résultat, d'être patenté, frappé au sujet » des testaments d'une révoltante incapacité léga- » le, embrigadé dans l'arrière-ban des fonction- » naires, et en retour de soins pénibles, humilié » par une méprisante allocation!!! » On donnait 1500 fr. au commissaire de police qui jouissait déjà d'une petite retraite!

Mais, continuons..... En général une commune de 800 âmes inscrit sur la liste des indigents 16 18 et jusqu'à 20 familles, ce qui, à raison de *cinq* personnes par famille, porte à 90 le nombre des personnes à soigner gratuitement, soit 270 indigents à visiter pour chaque médecin cantonal.

Or ce n'est pas exagérer que de fixer à *quatre* le nombre de visites à chaque indigent. Nous aurons donc quatre-vingt déplacements obligatoires. Prenons maintenant la distance des communes à desservir, et admettons qu'elles soient situées à une moyenne de huit kilomètres: quatre-vingt déplacements à huit kilomètres (ou seize kilomètres aller et retour) deviennent douze cents-quatre-vingt kilomètres à parcourir pour 186 fr. 10, ou 14 centimes par kilomètre, ce qui ne paie pas l'usnre des souliers du praticien qui va à pied, et *a fortiori* la nourriture d'un cheval!

Dans la Seine-et-Oise, le médecin touche environ 0,90 par visite, et les difficultés de transport abaissent ses honoraires à 0,40 par visite par 4 à 5 kilomètres parcourus. A côté de lui le pharmacien pour lequel il y a un tarif (qui n'est pas suivi) gagne ou peut gagner, au coin de son feu, sur une ordonnance, 1 franc ou 1 fr. 50 en dix minutes. (V. le *Concours*. p. 6. 3e année).

Quel prestige peut avoir un médecin qui, pour 40 à 50 francs s'engage à vacciner les enfants de dix ou quinze communes (Dr D. de C. (Aube) *in* correspondance du numéro 24 *Concours*, 1ère année).

Dans la Meurthe, l'indemnité allouée au médecin était de 418 fr., plus 94 fr, pour la vaccine, soit 512 francs; dans la Loire, elle était de 387 fr. en moyenne. Dans la Sarthe, il n'y a pas d'allocation fixe, mais une prime d'encouragement variant, pour l'année 1871, de 145 à 309 francs. Dans quelques départements celui de la Meurthe par exemple, les médecins qui se sont distingués reçoivent, comme récompenses, des médailles, des mentions honorables, et *l'honorariat*, quand ils quittent le service actif. Dans la Gironde, le médecin cantonal reçoit de 250 à 300 francs.

Dans l'Aube, le service médical cantonal fut supprimé brusquement par suite du refus d'allocation de fonds par le Conseil général et les communes. Le Préfet voulut ensuite le rétablir *sans aucune rétribution pour les médecins.*

Rappelons encore le traitement des médecins de la Haute-Saône, dont nous avons déjà parlé dans cette lettre, et ajoutons quelques derniers chiffre tirés du tableau statistique publié par le Ministère de l'Intérieur sur la médecine gratuite en 1873. Nous n'avons pu, à notre grand regret nous procurer le tableau statistique de 1876, qui a figuré à l'Exposition de 1878. au pavillon du Ministère de l'Iintérieur.

Dr Mignen (de Montaigu.)

III

LES HONORAIRES DES MÉDECINS DU PRÉSIDENT GARFIELD

Les médecins ayant soigné le Président Garfield ont demandé au Gouvernement américain 100 dollars par jour; et les docteurs Hamilton et Agnew 1000 dollars par jour. Les honoraires paraissent considérables, mais, de fait ils ne le sont pas trop. A ce propos, le « *Canada Lancet* » fait remarquer que pas un avocat n'aurait pris moins pour une affaire dans laquelle il aurait plaidé pour le Gouvernement. Il ajoute qu'il ne se trouvera pas dans les Etats-Unis un médecin assez injuste pour critiquer les réclamations de ses confrères; mais, qu'il y a bien plutôt lieu de se féliciter de ce que, pour une fois, les justes demandes d'honoraires sont à la hauteur du service rendu.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

Monsieur et honoré confrère,

Le syndicat médical de Lot-et-Garonne, est définitivement constitué. Des tarifs régionaux ont été votés par tous les membres du syndicat, un mode uniforme pour le recouvrement des honoraires a été accepté, enfin des résolutions ont été prises à l'égard des Sociétés de secours-mutuels et des bureaux de bienfaisance.

Voici la composition du bureau pour l'année 1882.

La lettre (A) *désigne les membres de l'association locale.*

A Mouchet, vice-président de l'Association locale. *Syndic.*

A Sanouille, *syndic*, représentant de l'arrondissement de Marmande.

A Sandanibilco, *syndic*, (Nérac).

A Biau, *syndic*, (Villeneuve-sur-Lot).

A Cassius, *secrétaire-trésorier.*

LISTE DES ADHÉRENTS.

Arrondissement d'Agen

A	Arrillard,	Agen.
	Andrieu,	Agen.
A	Barrail,	Beauville.
A	Belloc,	Agen.
	Bernède,	Agen.
A	Bounnel,	Sauvetat-de-Savères.
A	Cassius,	Layrac.
A	Chaulet, fils,	Agen.
A	Cortès,	Agen.
A	Crousel,	Prayssas.
	Delcros,	Prayssas.
A	Descoups,	Aiguillon.
A	Dupérié,	Agen.
A	Estube,	Casteculier.
A	Fabre,	Laplume.
A	Fourestié,	Agen.

A	Gaube,	Agen.
A	De Gaublac,	Agen.
A	Goux,	Agen.
A	Laberque,	Agen.
	Loubière,	Port-sainte-Marie.
	Manec, père,	Montpesat.
A	Mouchet,	Agen.
A	Mouillé,	Sérignac.
A	Nebout,	Aiguillon.
	Neuville,	Granges.
A	Ricard,	Agen.
A	Richard,	Saint-Nicolas.
	Rivieu,	Lusignan-Petit.

Arrondissement de Marmande.

	Aubert,	Cocumont.
	Authenac,	Clairac.
A	Bacarrisse,	Gontaud.
	Bertrin,	Saint-Baseille.
	Chambon, pére,	Allancourt.
A	Chambon, fils,	Miramont.
	Colombet,	Miramont.
	Constantin,	Saint-Barthélemy.
A	Counet,	Marmande.
	Dheur,	Mas.
	Duranthon,	Lausun.
A	Jagou,	Tonneins.
A	De Larbès,	Tonneins.
	Pradié,	Verteuil.
	Rolland,	Tonneins.
A	Samondès, fils,	Gontaud.
A	Sarrouille,	Marmande.
A	Serrs (off.),	Lausun.
A	Laryacq (off.),	Marmande.
A	Verdo,	Marmande.
A	Vintourneau,	Seyches.

Arrondissement de Nérac.

A	Camus,	Buset.
A	Bacqué,	Damasan.
	Dubosq,	Francescas.
	Guérineau,	Puch.
	Franciel,	Casteljaloux.
A	Landarrabilco,	Barbaste.
A	De Larbès,	Damasan et Cauterets.
	Mendousse,	Sos.
A	De Montesquiou,	Leyrits-Marc.
A	Rontin,	Mésin.
A	Lusarey,	Mésin.
	Sourbés,	Mésin.

Arrondissement de Villeneuve-sur-Lot.

	Ardilouse,	Monclar.
	Austruy,	Monbahus
	Besse,	Villeréal.
A	Biau,	Cancon.
	Birabert (off.),	Masquieres-de-Tournon.
A	Bugier,	Villeneuve.
A	Couyba,	Sainte-Livrade.
	Deroux, fils,	Villeneuve.
A	Ducasse,	Villeneuve.
A	Gaumetou,	Sainte-Livrade.
	Malbecq (off.),	Casseneuil.
	Merlateau,	Castillonés.
	Perry,	Castillonès.
A	Roux,	Tournon.

Nombre total des membres : soixante-seize.

Veuillez agréer, etc.,

Dr Cassius.

II

SYNDICAT MÉDICAL DE LA RÉGION DES BASSES CÉVENNES.

Monsieur et honoré Confrère,

Vous êtes prié d'assister à l'Assemblée générale du Syndicat qui aura lieu le 24 novembre 1881, à 2 heures du soir, dans une des salles de l'Hôtel-de-Ville, à Ganges, (Hérault).

La Commission a cru devoir vous donner un exposé de son travail afin da faciliter la discussion et la constitution définitive du Syndicat.

Sont adhérents au Syndicat :

MM. les Docteurs :

Angeau,	Ganges
Auquier,	Sommières
Auzilhon,	Quissac
Beau,	Suméne
Bentkowski,	Saint-Jean-du-Gard
Bourguet,	Lasalle
Cambassédès,	Le Vigan
Carrière,	Saint-André-de-Valborgne
Darvieu, (de)	Ganges
Demorcy-Delettre,	Sauve
Ducros,	Lasalle
Dumas,	Lédignan
Galtier,	Ganges
Mazel,	Anduze
Mourgue,	Lasalle
Nines,	Ganges
Périer,	Valleraugue
Quatrefages,	Saint-Laurent-le-Minier
Rancurel,	Le Vigan
Teissonnière,	Saint-Hippolyte-du-Fort

L'association bien comprise et basée sur le sentiment de la solidarité confraternelle, peut seule nous permettre de lutter avec succès contre les empiétements du public seul, ou associé, et contre ceux des diverses administrations.

Cette association ne peut compromettre en rien notre sentiment légitime d'indépendance. Les syndicats, organisations militantes, ne peuvent ni ne doivent être confondus avec les associations médicales de prévoyance.

Nature des Syndicats. — Leur But. — Les syndicats ont pour but d'établir des rapports permanents entre confrères, de leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement. Ils constituent un tribunal d'honneur qui juge sans appel les dissentiments survenus entre confréres syndiqués.

Ils établissent un tableau de tarifs d'honoraires *a minima* et les modes de recouvrement.

Ils étudient toutes les questions professionnelles qui peuvent se présenter dans leur ressort, soit : Sociétés de secours mutuels; médecine cantonale; service des épidémies; vaccination; assermentation prés les divers services administratifs; inspection des enfants du premier âge, des enfants assistés; des enfants employés dans l'Industrie, des Ecoles, des Etablissements thermaux.

Nous pouvons et nous devons, dès aujourd'hui, résoudre quelques-unes de ces questions : *Déontologie, Honoraires, Sociétés de Secours Mutuels.* La solution des autres dépend des pouvoirs publics ; mais l'association, la synergie des syndicats doit amener une solution favorable au corps médical.

Le *Chapitre premier* reproduit toujours les règles de déontologie empruntées au syndicat des médecins de la Nièvre, auxquelles sont cependant ajoutés les deux articles suivants :

Art. Additionnel. — Dans le cas ou le malade, après de justes remontrances du médecin appelé en second lieu se refuserait formellement à recevoir les soins du premier médecin traitant, le nouvel appelé ne continuerait le traitement qu'après l'exhibition préalable d'un reçu établissant que le premier médecin est totalement désintéressé.

Art. 6. — Le médecin appelé auprès d'un malade qu'il apprend être soigné par une personne exerçant illégalement la médecine, se rendra auprès du malade, exigera l'expulsion du médicastre, et informera le comité syndical.

Si sa responsabilité lu paraît trop engagée, il exigera la présence d'un confrère.

Chapitre II. — Titre premier. — Tarifs d'honoraires à minima.

(Enonciation, sans indications de chiffres qui devront être précisés par les membres du syndicat, pour la rédaction définitive du tarif).

Titre II. — Modes de recouvrement.

Art. 1er. — Les médecins syndiqués adoptent une note-circulaire d'honoraires uniforme et lithographiée. Cette circulaire portera au recto :

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

CABINET

DU DOCTEUR X....

B. P. F.

M — *Doit*

au Docteur X. — *pour honoraires*

la somme de — *Fr.*

Note arrêtée le 18

Reçu à-compte, le *18* *F.*

Reste dû pour solde, *Fr.* . . . .

Le porteur de cette Note, Monsieur

est autorisé à percevoir et à donner quittance.

(Signature)

le 188

Extrait des statuts du syndicat.

Art. I. — Les médecins syndiqués enverront leurs notes d'honoraires deux fois par an (1).

Art. II. — Ils se sont engagés à refuser leurs soins à toute personne qui, trois mois la réception de sa note d'honoraires, n'aura pas réglé sa situation vis-à-vis des médecins dont elle est débitrice, mais ils accordent toutes facilités aux clients pour se libérer *dans le coucourant de l'année*, soit par des à-comptes, des reconnaissances ou des billets, afin d'éviter des poursuites judiciaires.

Art. 2. — Tout médecin syndiqué reste libre d'envoyer sa note-circulaire par le mode de son gré ; mais il adopte en principe la pratique suivante : A. Les médecins groupés par sections, prendront le même encaisseur auquel ils donneront o/o sur les sommes perçues par lui, et o/o pour celles qu'ils percevront directement.

B. L'encaisseur fera deux tournées annuelles, pour présenter poliment au client sa note d'honoraires.

Un mois plus tard, il fera une deuxième tournée et sera pressant.

Un mois après la deuxième tournée, il en fera une troisième, et exigera la somme entière, ou au moins, un fort à-compte, ou, à défaut, une reconnaissance sur timbre, signée du mari et de la femme.

C. Après chacune des troisièmes tournées, l'encaisseur remettra à chacun des médecins groupés, en ce qui le concerne, le compte détaillé de sa gestion.

Art. 3. — Deux fois par an, les médecins se communiqueront la liste de leurs clients de mauvaise foi, dont le nom sera inscrit sur un registre spécial, appelé *Livre noir* dont le président aura seul le dépôt.

Art. 4. — Tout membre du syndicat prend l'engagement d'honneur de refuser ses soins à toute personne qu'il saura être inscrite au *Livre noir*.

Chapitre III. — Sociétés de Secours Mutuels.

Les Basses-Cévennes comptent neuf Sociétés de Secours mutuels composées de 1436 membres actifs. Ce nombre ne tardera pas à s'accroître, et nous devons nous créer une situation plus favorable pour l'avenir. Plus la Société est prospère, moins elle offre aux médecins : en 1880, les médecins ont reçu 4122 fr. des neuf Sociétés qui avaient à cette époque une réserve de 84.328 fr.

Nous proposons donc qu le Règlement suivant, accepté par la Réunion, soit adressé à tous les Présidents des Sociétés de Secours mutuels et mis en vigueur à partir du 1er janvier 1882.

Règlement.

Art. I. — Liberté absolue du choix des médecins par le malade.

Art. II. — Paiement des honoraires à la visite tous les semestres.

Art. III. — Prix de la visite de jour pour les malades habitant la même localité que le médecin, à un franc. — Pour les malades en dehors de la localité habitée par l médecin : 0,25 centimes par kilomètre parcouru (aller ee retour.)

Art. IV. — Le prix des visites de nuit, de 10 heures du soir à 5 heures du matin en été, et de 8 heures du soir à 6 heures du matin en hiver, sera double du précédent.

Art. V. — Les visites en consultation, les petites et es grandes opérations seront comptées en sus de la visite simple et seront tarifiées depuis 3 francs jusqu'à 300 francs, suivant leur importance.

Art. VI. — Les médecins n'auront rien à réclamer aux Sociétaires qu'ils auront soigné. Tous les frais devront être payés par la Société, suivant les tarifs précités.

Art. VII. — Tout Sociétaire malade sera muni immédiatement d'une feuille de visite sur laquelle le Médecin inscrira ses visites, et les prescriptions pharmaceutiques.

Art. VIII. — Le Médecin ne devra pas signer d'ordonnance à un Sociétaire si celui-ci n'est pourvu d'un feuille de visite. Néanmoins, en cas d'urgence, le Méde-

(1) Soit par la poste, soit par un encaisseur.

ein pourra livrer cette ordonnance sur feuillles de visites sauf régularisation ultérieure dans le plus bref délai.

Art. IX. — Il sera loisible au Médecin de faire au malade les visites qu'il jugera convenables et nécessaires. Toutefois, sauf dans les cas exceptionnels, ces visites ne pourront excéder deux par jour dans une maladie aigüe, et une tous les deux jours dans une convalescence un peu longue ou dans les soins à donner à une affection de nature chronique.

Art. X. — Toute inspection médicale, soit pour entrer dans la Société, soit à tout autre point de vue, sera payée par la Société et est tarifiée à 3 francs.

Art. XI — Dans les cas graves, sur la demande du Sociétaire malade, de sa famille ou du bureau de la Société, un Médecin pourra être appelé en consultation sur l'autorisation du Président de la Société, qui, preablablement, pourra prendre l'avis du Médecin traitant.

Art. XII. — Dans ces visites en consultation, les honoraires du Médecin consultant et du Médecin ordinaire, seront tarifiés en double de la visite simple.

Art. XIII. — Le Médecin constatera sur la feuille de visite le jour où le malade a cessé son travail et le jour où il peut le reprendre. Chacune de ces mentions est tarifiée à 1 franc.

Art. XIV. — Les médicaments prescrits au compte des Sociétés, seront choisis dans les médicaments désignés au Codex et formulés.

Art. XV. — Dans les cas d'utilité absolue, les Médecins sont exceptionnellement autorisés à prescrire tout remède ou préparation connus sous le nom de Spécialités pharmaceutiques, à la charge de constater cette utilité par le mot *indispensable*, inscrit à côté de l'ordonnance.

Art. XVI. — Toute modification au present Règlement ne pourra être faite que par le bureau de la Société et les Médecins syndiqués réunis.

Art. XVII. — Tous les Médecins adhérents au Syndicat de la région des Basses-Cévennes prennent l'engagement d'honneur de se conformer aux décisions précédentes.

Statuts proposés.

Art. 1er. — Sont membres du Syndicat ceux qui ont collaboré à l'élaboration des présents Statuts et ceux qui déclareront y adhérer sans restriction.

Art. 2. — Le Syndicat est administré par un *Comité Syndical* ou *Syndic*, composé de :

Un Président,

Un Vice-Président,

Trois assesseurs, dont un remplira les fonctions de Secrétaire, et un autre celui de Trésorier.

Elus par leurs confrères, à la majorité absolue des membres présents.

Les membres du Comité sont nommés pour un an et sont rééligibles.

Ces fonctions sont gratuites et honorifiques.

Art. 3. — Le Syndicat forme un tribunal d'honneur auquel seraient soumis les conflits survenant entre confrères syndiqués.

Il aura à étudier les questions qui lui seront déférées, et en soumettra les conclusions à l'Assemblée générale qui statuera définitivement.

Il centralisera tous les renseignements pouvant intéresser le Syndicat, préparera les travaux à discuter à chaque réunion, et provoquera les Assemblées ordinaires et extraordinaires.

Il aura à se mettre en rapport avec les autres syndicats, pour soutenir en commun les intérêts professionnels, et avec les pouvoirs publics dans l'intérêt du corps médical.

Art. 4. — Les réunions ordinaires auront lieu tous les six mois, du moins pour la première année.

Des réunions extraordinaires auront lieu toutes les fois que des circonstances jugées impérieuses par le Syndic le nécessiteront.

Les membres seront convoqués huit jours à l'avance, au moins. Les circulaires de convocation mentionneront l'ordre du jour de la réunion.

Art. 5. — La présence aux réunions est obligatoire.

Art. 6. — Pour faire face aux dépenses diverses, il sera versé, par chaque adhérent, une cotisation annuelle de 12 francs.

Art. 7. — Tout membre qui aurait manqué aux engagements d'honneur imposés par les présents statuts, et qui, après un blâme du Syndic, refuserait de s'y soumettre, serait exclu du Syndicat et déchu de ses droits sur le fonds commun. Il en serait de même de celui qui, trois mois après la réclamation faite à lui par le Trésorier, n'aurait pas versé le montant des cotisations échues.

Cette exclusion ne serait toutefois définitive que lorsqu'elle aurait été ratifiée en *Asssemblée générale*, par une majorité représentant les deux tiers des membres inscrits.

Agréez, Monsieur et très honoré Confrère, nos cordiales salutations. *La Commission*

Cambassédès — Carrière — de Darvieu.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de notre honorable et regretté confrère, M. le Docteur *Michel* (Michel), membre du *Concours médical*, décédé à Marseille à l'âge de 67 ans.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

10 Décembre 1881 — 3me Année. — N° 50

SOMMAIRE

BULLETIN

M. le Président *Legouest* annonce à l'Académie la mort de M. *Briguet* un de ses plusanciens membres.

M. *Verneuil* lit un long et important travail sur « *divers cas d'affections chirurgicales chez des sujets paludo-diabétiques* ». Livré depuis longtemps à la recherche de la solution de ces difficiles problèmes de pathologie chirurgicale générale, le savant chirurgien de la Pitié fait un historique très complet de la question des rapports du paludisme et du diabète ; il cite, en particulier, les travaux publiés sur ce point en 1859 et 1872 par le Dr Burdel (*de Vierzon*) et communique six observations de diabétiques ayant eu autrefois la fièvre intermittente et atteints, dans le courant de la présente année, d'affections chirurgicales diverses.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 60 ans, de constitution athlétique, ayant eu autrefois en Afrique des accès de fièvre intermittente. Il avait un épithélioma de la verge dont il désirait se faire opérer. L'examen des urines montra l'existence, dans ce liquide, d'une très forte proportion de sucre. Malgré la glycosurie, dans une consultation avec MM. Panas et Maurice Raynaud, l'opération fut résolue. Le soir même de l'opération, bien que le malade n'eût pas éprouvé depuis neuf ans un seul symptôme intermittent, un violent accès se manifesta.

Quelque temps après, M. Verneuil fut consul par un malade qui avait un épithélioma de la langue. Il avait séjourné en Algérie et avait été obligé à diverses reprises, de prendre du sulfate de quinine pour des accidents intermittents. L'examen des urines révéla l'existence, dans ce liquide, d'une certaine quantité de sucre, mais surtout d'une proportion considérable d'urée. Après l'opération le malade éprouva des hémorrhagies consécutives, ayant une forme intermittente et qui furent arrêtées par le sulfate de quinine. A ces hémorrhagies succédèrent des accès de névralgie qui furent coupés par le sulfate de quinine. C'était également un homme d'une constitution athlétique.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un individu, âgé de 66 ans, très grand et très fort, qui vint consulter M. Verneuil pour une plaque noire au talon. Il s'était parfaitement bien porté jusqu'à son retour d'un voyage et d'un séjour qu'il fit dans le département de l'Hérault, où il contracta les germes d'une fièvre intermittente qui éclata après sa rentrée à Paris. Les accès fébriles furent coupés par le sulfate de quinine; puis survint la plaque gangréneuse du talon. En examinant les urines, M. Verneuil constata l'existence d'une forte proportion de sucre. Il y avait donc ici glycosurie et gangrène spontanée, chez un paludique. Le malade guérit parfaitement et de sa gangrène et de sa glycosurie.

Le sujet de la quatrième observation est un individu de très haute taille, très vigoureux, ayant eu, de 20 à 25 ans, des accès intermittents rebelles dont il ne put se débarrasser que par l'émigration. A 40 ans se manifestèrent des troubles dans sa santé générale; il devint diabétique et fut traité

par l'usage des eaux de Vichy où il allait, chaque année, faire une saison. Tout à coup il éprouva des phénomènes de rétrécissement de l'œsophage pour lesquels il consulta M. Verneuil. Enfin se manifestèrent chez lui tous les symptômes de la phthisie pulmonaire; il se mit à tousser et à cracher du sang. Les hémoptysies, extrêmement abondantes, se manifestaient très régulièrement à minuit. Le sulfate de quinine les diminua considérablement, mais n'empêcha par le malade de succomber aux progrès de la tuberculose. Le malade accusait, pendant les derniers temps, une vive sensibilité du côté de la région splénique.

En 1880, M. Verneuil fut consulté par un officier d'état-major en retraite, âgé de 74 ans. Il avait été en Afrique et y avait éprouvé des accès de fièvre intermittente, remplacés plus tard par des crises de névralgie occipitale. Il vint consulter le chirurgien pour une tumeur à la joue dont il voulait se faire débarrasser. M. Verneuil constata la présence d'une forte proportion de sucre dans les urines, et, en considération de l'âge du malade, ne crut pas devoir l'opérer. Cet homme avait été, comme les précédents, d'une très forte constitution.

Enfin, tout récemment, M. Verneuil a eu l'occasion de recevoir dans son service un homme de 33 ans, atteint de fistule à l'anus. Ce malade avait éprouvé des accidents intermittents. A l'examen des urines, on trouva 40 grammes de sucre par litre. Chez lui on n'eût pu, *à priori*, soupçonner l'existence du diabète, car il ne mangeait ni ne buvait plus qu'un autre, et c'est l'examen seul des urines qui mit sur la voie du diagnostic.

Comme conséquences de ces observations, M. Verneuil propose, sous toutes réserves et à titre provisoire, les conclusions suivantes :

1° La malaria engendre fréquemment la glycosurie.

2° Celle-ci se présente sous deux formes : l'une, contemporaine de l'accès fébrile, et comme lui passagère, fugace ; l'autre plus ou moins tardive, indépendante des paroxysmes fébriles, et en tout cas permanente.

La seconde forme est vraisemblablement la suite de la première, mais l'époque de la substitution est tout-à-fait inconnue. Rien ne prouve même que dans les pays paludiques le diabète ne puisse pas s'établir d'emblée comme forme larvée de l'intoxication.

3° La glycosurie permanente semble atteindre de préférence les paludiques vigoureux entachés d'arthritisme.

4° La glycosurie palustre paraît être une des formes les plus bénignes du diabète.

5° Les affections intercurrentes survenues chez les paludo-diabétiques peuvent prendre certains caractères du paludisme ou de la glycosurie, ou des deux maladies à la fois.

Les lésions traumatiques peuvent aisément réveiller ou aggraver les deux diathèses, mais de préférence les manifestations telluriques.

M. *Léon Colin* croit devoir faire quelques réserves relativement au rôle que M. Verneuil a assigné à l'impaludisme dans les observations qu'il vient de communiquer à l'Académie, et dans les commentaires dont il les a accompagnées. Pour quelques-unes, au moins, de ces observations, la part de l'impaludisme ne ressort pas nettement de leur relation. En ce qui concerne notamment le malade qui avait eu des fièvres intermittentes neuf ans auparavant et qui ne s'en était plus ressenti depuis, il n'est pas admissible qu'après un aussi long espace de temps la fièvre intermittente ait été réveillée par l'opération qu'il lui a pratiquée.

M. *Verneuil*, vu l'heure avancée, demande à être autorisé à répondre à M. Colin dans la séance prochaine.

M. le Dr *Decaisne*, demande que l'on rapporte le décret prohibant l'entrée en France des viandes de porc salées d'Amérique. Suivant lui, le danger est imaginaire.

Dans sa séance du 1er décembre, la *Société d'anthropologie* a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1882.

Ont été nommés : président, M. le docteur Thulié ; vice-présidents, MM. les docteurs Proust, professeur agrégé à la faculté de médecine, et Hamy, directeur du laboratoire d'anthropologie au Muséum ; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle ; secrétaires, MM. le docteur Chervin et Zaborowski ; archiviste, M. Dureau, et trésorier M. Leguay.

Le secrétaire général est M. le docteur Topinard.

Dr J. GEOFFROY.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS

La plupart de nos lecteurs n'ont certainement pas oublié la fameuse *circulaire-consultation*

ministérielle qui fit le tour de la presse médicale aussi bien que de la presse politique et littéraire. L'Etat recommandant son traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, cela ne s'était jamais vu en France!

Cependant, à part le côté singulier de la consultation, le Ministre de l'Intérieur a fait œuvre utile, et a eu le très grand mérite d'appeler l'attention publique sur les ravages de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, *le tiers des aveugles* le devenant, par le fait de cette affection si souvent négligée, ainsi qu'il résulte des statistiques de M. Coppez (1) et de M. Fieuzal (2). Depuis, le le Bureau municipal d'hygiène de la ville du Havre, que nous ne saurions trop féliciter, a pris l'initiative d'une mesure qui devrait être, à l'heure qu'il est, *générale*. Aux parents qui viennent déclarer une naissance, on remet gratuitement une petite brochure parfaitement rédigée par notre distingué confrère, le Dr *Brière*, indiquant les dangers de l'affection, les symptômes prémonitoires et les premiers soins à donner en attendant le *médecin* qui sera mandé le *plus tôt possible*.

M. Brière vient de m'écrire que l'année prochaine, la petite brochure, qui servait souvent à autre chose que ce à quoi elle est destinée, sera, sur sa demande, transformée en une petite note imprimée sur une simple feuille de papier très fort. Elle frappera certainement ainsi davantage les yeux des personnes auxquelles elle sera distribuée.

La conjonctivite *purulente* des nouveau-nés est en effet l'affection qui peuple en grande partie les Instituts des Jeunes Aveugles, sans compter que ceux qu'elle a moins cruellement martyrisés seront une charge permanente pour l'Assistance publique. D'un autre côté, si l'on songe que *toute conjonctivite purulente des nouveau-nés soignée à temps guérit toujours*, il incombe aux Administrations diverses, comme à tous les médecins, de jeter le cri d'alarme. Malheureusement il faudra lutter longtemps encore contre : 1° *la négligence* et *le mauvais vouloir* de parents bien coupables; 2° certains *préjugés* profondément enracinés dans la multitude touchant la nature du mal et son traitement; 3° enfin contre ce mot terrible ici dans ses conséquences, *l'ignorance* du danger.

Ainsi que nous l'avons fait pour la blépharite (3) nous étudierons les causes, la symptomatologie et le traitement de cette affection qu'il est si nécessaire de connaître pour la bien soigner.

1° *Ses causes*

Deux points dans l'étiologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés rallient la majorité des opinions : son *développement par inoculation* (blennorrhagie, leucorrhée) et sa *contagion*. Dans cette question, les chiffres font loi : je citerai la statistique du Dr *Lederschold* médecin de la maternité de Stockholm (1) et celle de notre distingué confrère de Lille, le Dr J. *Looten* (2).

(1) Coppez. Journal de Médecine de Bruxelles, 1879 et 1880.

(2) Fieuzal. Fragments d'Ophthalmologie, 1879.

(3) V. *Concours médical* n° 43. 44. 1881.

De ces deux documents et d'autres observations non moins concluantes, il résulte : que la plupart des nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente proviennent de mères ayant ou ayant eu pendant la grossesse, une uréthro-vaginite ; qu'un certain nombre d'enfants nés de mères affectées d'uréthro-vaginite ne contractent jamais *immédiatement* l'ophthalmie purulente des nouveau-nés (observations prises à Lourcine et à la Maternité de Lyon, Dr Dron (3); et qu'enfin chez un certain nombre d'enfants atteints, on n'a trouvé absolument rien d'anormal du côté des organes génito urinaires de la mère.

Le mécanisme de l'inoculation *immédiate* est bien simple : c'est au passage plus ou moins lent par le conduit vaginal (primiparité, présentation et position) que les liquides pathologiques exercent leur action nocive sur les yeux de l'enfant. On a signalé le développement plus tardif et la gravité moindre de l'ophthalmie provoquée par un écoulement non spécifique. Le mécanisme de la *contagion* est, dans certains cas, difficile à saisir, mais « *ce qui ne se démontre pas, se voit.* » Il n'entre pas dans notre sujet et il est encore moins de ma compétence d'aborder la question de savoir si la *contagion* a lieu exclusivement par le contact des éléments du pus, ou si elle peut se faire par l'air. Quoiqu'il en soit, l'ophthalmie se transmet *d'un œil à l'autre d'un nouveau-né*, et enfin *d'un nouveau-né à un adulte*. Les agents de transmission, outre le contact direct, sont les mains, les linges et effets de pansement des malades et en particulier les *éponges* toujours insuffisamment nettoyées. D'après M. *Perroud* (de Lyon), les mouches très nombreuses dans les salles, en été, se chargeraient du transport du pus, exactement comme feraient les puces pour la syphilis, d'après M. Diday (4). C'est ainsi que M. Perroud expliquerait la recrudescence de l'ophthalmie dans certains mois de l'année.

En Belgique, où la cérémonie du baptême a lieu le lendemain de la naissance, on ne manque pas d'attribuer au *froid* l'ophthalmie qui se déclare en général, le troisième jour, c'est-à-dire le lendemain. Ce serait assez l'avis de *Rognetta*, qui n'a observé que rarement cette affection à Naples, où la cérémonie du baptême a lieu à domicile. Assurément *le froid* pourra donner lieu à une conjonctivite catarrhale, comme il est la cause fréquente d'un coryza, mais là s'arrête son action. Il est vrai, qu'avec Arlt (5), Trousseau et Giraldès, nous admettrons la transformation possible du simple catarrhe en conjonctivite purulente, sous l'influence de causes nuisibles de toutes sortes.

(1) Mackensie, Traité des Maladies des yeux, 1856, p. 758

(2) Thèse pour le doctorat. Paris, 1875.

(3) Lyon Médical, 1880.

(4) *Lyon Médical*, 1880.

(5) Arlt. Die Krankheiten des Auges t. I. p. 51.

Enfin, nous retrouvons comme étiologie banale, la misère, les mauvaises conditions hygiéniques en général et l'encombrement. C'est ainsi que les épidémies ne seraient pas rares aux Enfants-Assistés (Dequevauvillers, Looten). En 1832, 299 enfants sur 300, furent atteints, à l'hospice des orphelins (1). La maladie, relativement rare dans la classe aisée, est très fréquente dans les Maternités et les Crèches où les pauvres êtres deshérités sous tous les rapports, ont pour mères des filles de fabrique ou de trottoir, trop souvent atteintes d'écoulements contagieux. Une cause générale prédisposante moins banale, est la *syphilis* qui imprime un caractère tout particulier de gravité à l'évolution de l'ophthalmie.

2° *Ses symptômes*

On a souvent confondu avec l'affection que nous allons décrire, le *simple catarrhe*, très fréquent chez les nouveau-nés et qui guérit avec la plus grande facilité. Ce sont ces *cas bénins* pour lesquels chacun vante *son traitement*, forcément *infaillible*, attendu que le mal disparaît souvent de lui-même, et qui donnent aux ignorants, cette insouciance et cette négligence qui ont fait et font encore tant d'aveugles.

La maladie apparaît généralement du troisième au sixième jour, quelquefois le deuxième jour qui suit la naissance, plus rarement une ou deux semaines après.

Le médecin assiste rarement au *début*, caractérisé par le *liseré rouge* de la paupière supérieure légèrement tuméfiée et agglutinée par quelques mucosités, puis par l'écoulement d'une *sérosité citrine* que M. Desmarres père regarde comme un signe certain du début de l'ophthalmie. Le plus souvent, en effet, les parents *croyant*, comme ils le disent, *que cela ne serait rien*, sur la foi d'une commère, ont appliqué des remèdes anodins ou absurdes; d'autres ont laissé aller les choses, regardant la sécrétion purulente comme un exutoire naturel, sorte de purgation bienfaisante, gage de la santé future de l'enfant. En général, quand on nous amène les enfants, nous trouvons les paupières énormément tuméfiées, formant quelquefois ectropion, très chaudes, comme si elles étaient le siége d'un phlegmon. La sécrétion, d'abord jaunâtre, s'épaissit de plus en plus, devient verdâtre, extrêmement abondante; on ne peut alors se méprendre sur la nature de la maladie qui a été rarement prise pour un phlegmon du sac lacrymal en suppuration. Mais il est nécessaire d'être exactement renseigné sur l'état de la cornée.

Pour cela, je ne conseillerai jamais, comme le fait Giraldès, d'user du chloroforme, même s'il s'agit en même temps de procéder à une première cautérisation qui serait suivie de syncope comme chez le malade de M. Massé de Bordeaux (2).

(1) *Revue médicale*, 1832.

(2) Journal hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1880.

C'est bien *exceptionnellement* aussi que, dans le même but, un chirurgien osera suivre l'exemple de *Critchett* qui fendit verticalement la paupière supérieure (1). Cette exploration exige beaucoup de prudence, dans l'intérêt du malade aussi bien que dans celui du médecin. L'agglutination des bords palpébraux permet au pus de s'accumuler en grande quantité dans le sac conjonctival, de sorte que, lorsqu'on écarte les paupières, ce pus peut être lancé dans les yeux du médecin; d'où la nécessité d'interposer un verre ordinaire qui permettra d'examiner sans s'exposer à l'inoculation. On doit procéder à cet examen, comme je l'ai indiqué dans le n° 39 du « *Concours médical* », prenant bien garde, par une certaine brusquerie de mouvements, d'amener une perfotion peut être imminente de la cornée dont les conséquences vous seraient forcément attribuées. Il convient de faire sortir *tout le pus* par des lavages antiseptiques (eau chlorurée, phéniquée, etc.), puis d'écarter doucement les paupières à l'aide d'un élevateur et d'un abaisseur, de façon à bien découvrir toute la surface de la cornée.

On trouve, suivant la rapidité d'évolution de la maladie, la conjonctive *palpébrale*, boursouflée, saignante, d'nn rouge sombre, surtout au niveau des culs de sac; la conjonctive bulbaire est loin de présenter la même inflammation; il est assez rare d'y rencontrer le *chémosis phlegmoneux* qui appartient aux formes les plus graves et qui mortifie si rapidement la cornée. Quand la maladie est abandonnée à elle-même, la cornée macérant dans le pus et se nourrissant plus difficilement à cause de la gêne circulatoire des parties voisines, devient louche au centre, grisâtre et infiltrée; puis elle se ramollit, et s'élimine en donnant issue à l'humeur aqueuse, au cristallin et à une partie du corps vitré.

D'autres fois, la perforation a été précédée d'ulcérations superficielles qui ont gagné en étendue et en profondeur. Comme conséquences, nous aurons le *staphylôme* cornéo-iridien ou la fonte de l'œil, suite d'irido-choroïdite suppurative ou de suppuration du corps vitré. Dans les cas moins graves, la perforation très petite se cicatrise et il n'y a qu'un leucôme adhérent et quelquefois une cataracte pyramidale. Il faut bien aussi se garder de déclarer perdus les yeux dont les cornées sont infiltrées, car il se fait souvent de *véritables résurrections* au point de vue de la transparence de cette membrane. La *durée* moyenne de l'ophthalmie estde 3 à 4 semaines, quelquefois d'une quinzaine de jours; d'autres fois, à la suite d'améliorations et de recrudescence, la maladie dégénère en conjonctivite chronique.

Les complications générales ont été signalées principalement dans les maternités et les hôpitaux : entérites, pneumonies, abcès, cachexie.

3° *Son traitement.*

Nous décrirons le traitement préventif et le traitement curatif.

(1) Congrès d'Amsterdam 1879. Communication du Dr Warlomont.

On a vu que l'Administration justement émue des ravages de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés avait attiré l'attention publique sur les dangers de cette affection; j'ai parlé des mesures prises au Havre, et qui ont amené d'excellents résultats. Enfin, à la séance du 23 février 1881 de la Société de Médecine publique, M. Galezowski (1) a émis le vœu « que les médecins de l'Etat civil fussent chargés d'examiner les yeux des enfants nouveau-nés et d'avertir les parents du danger. » Aux parents et aux médecins de faire le reste.

Traitement préventif. D'après « *Edimburg Médical Journal* » MM. *Crédé* et *Olshausen*, dans les Maternités, auraient réduit de 2[3 la proportion des ophthalmies en traitant les yeux aussitôt la naissance par des lotions antiseptiques (phénol, acide salycilique), et par l'usage d'une solution de nitrate d'argent au 2[100. Sans aller jusque-là, il sera *toujours* indiqué de nettoyer avec soin les yeux et les paupières du nouveau-né avant de faire la toilette usitée de la peau du corps. Les injections vaginales antiseptiques pendant le travail seront de la plus grande utilité si l'accouchement dure très longtemps, si surtout la femme est atteinte d'un écoulement suspect.

Traitement curatif. Travail et lecture inutiles que de passer en revue tous les traitements préconisés par leurs auteurs comme infaillibles. Ce n'est pas que je doute le moins du monde de la bonne foi scientifique de ceux qui guérissent l'ophthalmie des nouveau-nés, qui avec le collyre à l'alcool, qui avec le collyre à la solution iode et eau de laurier-cerise, qui avec les instillations de collyre au nitrate d'argent (0,05 centigrammes p. 30 gr. eau distillée), qui avec les lotions antiseptiques de toutes nuances, qui avec l'eau pure, etc., etc... (la liste serait longue)! Je doute seulement que l'ophthalmie guérie ait jamais été la conjonctivite purulente grave des nouveau-nés.

A l'heure actuelle, la plupart des ophthamologistes sont d'avis qu'il n'y a qu'un seul traitement efficace de cette grave affection: les cautérisations avec le nitrate d'argent auxquelles on ajoutera toujours les lavages antiseptiques, et, suivant les cas, les réfrigérants et les scarifications. Je préviens mes lecteurs qu'il n'entre pas dans mon programme, d'indiquer le traitement des complications.

Cautérisations. — Quand et comment faut-il cautériser la conjonctive? Il ne faut pas songer au collyre au nitrate d'argent dont l'emploi est un non-sens, puisqu'il a perdu ses propriétés thérapeutiques avant de toucher *les culs de sac*. Les crayons mitigés (un tiers de nitrate d'argent fondu et deux tiers de nitrate de potasse) ont encore leurs partisans et ils donnent en effet des succès à condition d'être bien maniés. Leur emploi est aussi douloureux que celui des solutions fortes, et quelquefois suivi de convulsions, et on doit ne toucher très superficiellement que les points les plus boursouflés, en ayant soin de neutraliser immédiatement l'excès du caustique à l'aide d'un pinceau imbibé d'eau salée. Le nitrate d'argent, sous forme de solutions plus ou moins concentrées, est d'un emploi beaucoup plus généralisé. Ici, il y a encore divergence d'opinions: certains chirurgiens conseillent les solutions très fortes, (1 gr. pour 10 gr. eau distillée); d'autres, et ce sont les plus nombreux, attribuant les insuccès à l'excès d'inflammation déterminé par ces solutions au 1/10 préfèrent les solutions de moyenne intensité (1 gr. pour 30 ou 40 gr.) Mon ami M. Despagnet, qui est à même de beaucoup observer et de bien observer, vient de résumer d'une façon très claire le traitement infaillible de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, employé depuis quelque temps déjà par M. Galezowski (1). Ce traitement qui donne tant de brillants succès à la clinique de la rue Dauphine, tant que les cornées ne sont pas perforées, consiste en, 1° *cautérisation, matin et soir, de la conjonctive, à l'aide d'un pinceau trempé dans la solution de nitrate d'argent au* 1/40; 2° *lavages antiseptiques*; 3° *emploi modéré des scarifications dans le cas de chémosis prononcé.* Pour cautériser la muqueuse malade, il est absolument nécessaire de retourner les paupières, de façon à mettre à nu et à étaler les *culs de sac*. Ce n'est pas toujours facile pour la paupière supérieure.

Voici comment on procèdera.

On commence par bien essuyer la paupière pour l'empêcher de glisser, puis, entre le pouce et l'index gauches on saisit le bord libre et les cils qu'on attire en bas et en avant, pendant que la main droite la fait basculer à l'aide du manche du pinceau qu'on appuie légèrement au niveau du bord supérieur du tarse. On promène alors deux ou trois fois sur la conjonctive bien étalée le pinceau imbibé de la solution argentique, puis d'eau salée qui neutralisera l'excès du caustique. On fera de même pour la paupière inférieure. Quand la muqueuse sera gorgée de sang, on fera, avec l'iustrument de Desmarres, des scarifications parallèles au bord libre de la paupière, puis on appliquera, suivant les cas, des compresses réfrigérantes, très utiles pour calmer la douleur et décongestionner les tissus. A part quelques chirurgiens qui attendent la sécrétion purulente pour employer ces moyens, tout le monde y a recours dès le début de l'affection. J'ajouterai qu'il sera nécessaire de diminuer la force de la solution au fur et à mesure que les symptômes s'amenderont et on continuera jusqu'à disparition de toute sécrétion. L'instillation, matin et soir, d'une goutte de collyre an sulfate neutre d'ésérine (0,05 centigr. pour 10 gram. eau dist.) ne sera pas inutile, même en l'absence de toute lésion cornéenne.

Lavages antiseptiques — L'accord est unanime en ce qui concerne le nettoyage de la conjonctive. Je citerai Chassaignac et Giraldès parmi ceux qui ont fait et font encore des douches oculaires ou des irrigations continues, le traitement par excellence de la maladie que nous venons d'étudier.

A notre époque où les antiseptiques sont en honneur, leur emploi trouve des partisans convaincus, qui naturellement leur attribuent la supériorité sur la médication que je viens de recom-

(1) Annales d'hygiène publique, no 28, 1881.

(1) Recueil d'ophthalmologie, nov. 1881.

mander, en bonne compagnie du reste. Je crois, avec Arlt, Samœlson, de Wecker, etc., que les lavages antiseptiques sont d'excellents moyens adjuvants, pouvant suffire dans les cas bénins, mais que, dans les cas graves, il ne faut compter que sur les cautérisations au nitrate d'argent.

Les liquides antiseptiques auxquels on devra donner la préférence, sont les solutions chlorurées, phéniquées, de benzoate de soude (Dor), d'acide salicylique (O. Becker), alcoolisées (Gosselin), etc. Il faut les appliquer sur les paupières, en compresses froides, constamment renouvelées. Toutes les heures environ, on fait le nettoyage du sac conjonctival, en injectant très doucement entre les paupières l'une ou l'autre de ces solutions tièdes, très étendues d'eau, à l'aide d'une seringue, ou mieux, avec l'irrigateur, muni d'un tube fin de caoutchouc. Inutile de recommander les plus grandes précautions dans cette petite opération, tant pour ne pas blesser ou froisser l'œil que pour ne pas s'exposer à l'inoculation, en recevant dans le visage et dans les yeux, de l'eau chargée d'éléments contagieux.

Enfin, les enfants seront, autant que possible, couchés dans une chambre bien aérée et dont la température ne sera pas trop élevée.

Dr S. Baudry (*de Lille*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MÉDECINE CANTONALE (*fin*).

HUITIÈME LETTRE.

Médecine gratuite. — 1873

Départements	Traitement des médecins	Nomb. des méd.	Nomb. des indigents ayant reçu des soins	Nombre des visites	Traitem. moyen des médecins
Aisne	20699 f	160	5.147	15.103	129,36
Pas-de-Calais	51396	248	31.896	121.627	207,24
Basses-Alpes	9857,08	40	310	1.691	246,45
Ardennes	8933,33	46	2.115	6.134	194
Bouches-du-Rhône	2496,57	45	692	2.604	55,46
Loire	17163	43	3.331	5.567	39,90
Haut-Rhin	38269	63	9.751	36.129	607

N'avons-nous pas le droit légitime de conclure que la médecine cantonale n'offre, pour le médecin comme pour l'indigent, qu'une organisation bien précaire et que mieux vaut, pour nous, faire la médecine absolument gratuite et en toute liberté.

« La médecine cantonale, en effet, repose sur un « principe faux, celui d'enlever à la médecine sa « spontanéité et son indépendance, qui en font la « gloire et le mérite. La médecine est un sacer- « doce à la fois scientifique et humanitaire, qui ne « doit puiser que dans le cœur et la conscience sa « manière d'agir; vouloir l'asservir à des règles « fixes, c'est en dénaturer l'origine, c'est en vicier « l'application. » (Gyoux).

« Après avoir humilié le médecin cantonal par « un traitement ridicule, on a porté plus loin en- « core l'insulte et le dédain; on a admis, qu'en « allant voir les malades pauvres, il racolerait « quelques malades riches, que comme l'étameur « ambulant, en reportant à leurs possesseurs « quelques fourchettes blanchies, et trouverait ça « et là quelques cuillers à refondre; *proh pudor!* « jamais l'exercice de la médecine n'avait été si « profondément avili: une institution est jugée « quand elle est capable de produire de pareils résultats. » (*Heulard d'Arcy*).

Terminons cette étude par l'opinion émise par le Dr Gaillard dans la *France médicale*, n° du 2 octobre 1867.

« De la médecine cantonale en sa constitution « actuelle, je dirai ce que Trousseau a dit de la « vaccine, c'est une erreur qui a fait son temps: « la médecine cantonale est un produit bureau- « cratique à peu près mort-né; si chétif en tout « cas, qu'on essaie en vain de le galvaniser au « moyen d'incessantes et multiples transfusions de « capitaux; apport de l'Etat, du département, « des communes, triple insuffisance qui ne sert « qu'à prolonger, à grands frais, l'agonie de cette « invention philanthropique. En vérité, qui « trompe-t-on ici! Les malades indigents ont-ils « beaucoup gagné à ce qu'on s'occupe d'eux en de

« prolixes circulaires ? En aucune façon, car les « médecins, dignes de ce nom, n'ont pas attendu, « pour soigner les pauvres, que cela leur fût « prêché administrativement et, pour quelques « maigres pièces de vingt francs que rapporte au « médecin la philanthropie cantonale, quels « déboires sans grandeur ! Quels assauts à la « dignité professionnelle ! La voilà non-seulement « ment à la discrétion des pauvres, trois fois plus « exigeants que les riches, mais encore des maires « de village, appréciateurs trop souvent inintelligents « ligents des vrais sentiments de l'indépendance « médicale. Supposez qu'un médecin indisposé « ne puisse répondre à l'appel d'un indigent qui « demeure loin de chez lui, l'individu ira dire au « cabaret : c'est bien la peine de *payer* un médecin « cin pour être si mal servi, et l'auditoire de « faire *chorus*, et le maire de menacer le médecin « d'un rapport au préfet, car le médecin cantonal « est, comme tel, justiciable de l'autorité préfectorale « torale absolument, comme le garde champêtre, « ne voilà-t-il pas une belle situation et croira- « t-on que le prestige médical sortira sain et sauf « de pareilles épreuves ! ! »

D'après des documents tout récents, le système cantonal ne fonctionerait plus que dans sept départements : les Basses-Alpes, l'Aude, la Drôme, la Haute-Garonne, le Haut-Rhin, la Saône-et-Loire et la Sarthe. (*à suivre*).

Dr Mignen (de Montaigu).

II

LE TAUX DES HONORAIRES MÉDICAUX.

Nous recevons, de M. le Dr Dose de Draguignan la curieuse pièce suivante :

Je l'ai trouvée ces jours-ci, nous dit-il, et je vous la transmet en respectant l'orthographe. Elle présente de l'intérêt au point de vue de la juste élévation du tarif des honoraires.

Madame *Latil Fauchier* doit au sieur *Démollins* maitre en chirurgie.

Seavoir :

1770 juillet	Une levée de nuit et vingt vissites à Mme Latil au sujet d'une fausse-couche	32 liv.
	Quarante vissites pour les enfants de Mme Fauchier Latil au sujet de la coqueluche	40 »
	Huit vissites pour la domestique de Mme Latil pour un abcès au fondement	8 »
	Trente vissites pour préparer les enfants à l'ynnoculation	30 »
1773 janvier 16	Quatre vissites à un des enfants pour une foulure au poignet	4 »
— 19	Seise vissites pour une fièvre vermineuse	16 »
février 8	Une saignée pour grossesse à Mme Latil	1 10
mars 14	Pour une demoiselle une saignée	1 10
avril 5	Un voyage à la campagne pour le petit	6 »
mai 2	Pour l'accouchement de Madame Latil	48 »
		187 liv.

Pour acquit des mains et deniers de M. Fauchier. Demollins.

III

UN SYNDICAT A FORMER

Nous recevons la lettre suivante :

Cher et honoré confrère,

Voilà plusieurs mois que je désire vous soumettre quelques faits. Votre, ou plutôt, notre excellent *Concours médical* est appelé à nous rendre les plus grands services. L'idée des *syndicats* fait son chemin : nos voisins du *Lot-et-Garonne* sont déjà organisés. Mais nous, comment voulez-vous que nous puissions nous organiser ? Nous avons, dans le Gers, et malheureusement dans un certain nombre de départements voisins, une plaie qui ronge notre profession et nous empêche de nous lever au-dessus de terre-à-terre. Cette plaie qui mettra les plus grandes entraves, je crois, à la formation d'un *syndicat*, c'est l'*abonnement*. Nos confrères, en grand nombre, prennent ici des abonnements à des taux incroyables : 6, 7 et 15 francs par famille, sans tenir compte de la distance. J'aurais été heureux de voir traiter cette question qui avilit notre profession, et nous met au niveau des anciens barbiers de *Molière*, par une bonne plume comme celle que vous avez à votre disposition. Dans mon arrondissement c'est une minorité infirme, dont je fais partie heureusement, qui se fait payer à tant la visite, j'avais envie de proposer la formation d'un *syndicat* : mais comment pourra-t-on s'entendre ?

Autre sujet. J'habite un *chef-lieu d'arrondissement* de 6,000 habitants environ, où la *médecine gratuite* existe au plus haut degré. Les municipalités qui se succèdent accroissent, d'une façon démesurée, le nombre des pauvres ; vous concevez aisément quelles en sont les causes ! Les médicaments sont payés aux pharmacies sur un tarif réduit et nous, nous donnons nos soins sans la moindre rémunération, sans autre espoir que la problématique et creuse *reconnaissance*. Quel parti pouvons-nous prendre ?

Quand à la médecine cantonale et à la loi Roussel, rien de tout cela n'existe ici, et je me demande comment on peut trouver un médecin qui consente à se transformer en agent et qui veuille se brouiller avec la plupart de ses clients !

Dr A. Miran,
Lectoure (Gers.)

Assurément, la seule ressource à votre disposi-

tion réside dans la formation d'un syndicat. Le moyen est tout indiqué et se trouvera parmi les médecins qui se font rétribuer à la visite. Votre exemple et les heureux résultats que produira un syndicat bien conduit rallieront sûrement de nombreux médecins de votre région. Il est impossible que le corps médical supporte longtemps de pareils inconvénients qui sont le seul résultat de son émiettement, de son défaut absolu de solidarité.

EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ

CONFÉRENCE DE M. LE DOCTEUR TRIPIER

RECUEILLIE PAR M. LE DOCTEUR TISON

Messieurs,

Dans une conférence précédente j'ai exposé les applications chirurgicales de l'électricité ; celle-ci sera consacrée aux applications médicales. Pour les premières, l'opération se fait sur le vivant comme si on opérait sur le cadavre, l'effet produit par l'électricité est le même. Dans les secondes, c'est autre chose. L'application n'a lieu que sur l'être vivant. Supposons-le réduit au schéma suivant : une collection d'éléments anatomiques, cellules, fibres, etc., auxquels arrivent des vaisseaux sanguins et des nerfs. L'électricité appliquée sur cet être vivant produit des actions diverses que l'on peut résumer ainsi.

1° action sur les propriétés nutritives qui sont jusqu'à un certain point autonomes.

2° action sur le système nerveux.

3° action sur le système musculaire.

4° action sur les cellules glanduleuses.

5° action sur le sang.

Dans ces trois derniers cas l'action est directe quand on applique l'électricité sur l'organe même, elle est indirecte quand on agit sur l'organe par l'intermédiaire du système nerveux.

Mais ces éléments anatomiques sont eux-mêmes électro-moteurs. Aussi, dans le résultat des actions produites dans leur fonctionnement par le passage de l'électricité, faudra-t-il tenir compte des perturbations amenées dans le jeu de ces électro-moteurs.

De plus ces tissus doivent être encore envisagés comme des électro-moteurs secondaires; ce qui introduit une nouvelle complication dans le problème.

Cependant il ne faut pas partir absolument de ces données pour asseoir des règles trop générales de thérapeutique. Une application de thérapie électrique est un problème complexe que l'on ne peut pas résoudre en en considérant tous les éléments. Il faut, au contraire, en considérer quelques données restreintes. Aussi quelquefois arrive-t-on au but et d'autres fois, n'y arrive-t-on pas, c'est que les données étrangères agissent comme cause d'erreur.

Celles-ci sont-elles négligeables ? on obtient un bon résultat. Dans le cas contraire, on arrive à une déception dont il faut savoir profiter pour mieux poser le problème.

Quels sont les moyens d'actions que l'électricité met à notre disposition? Il y en a trois : l'électricité statique, les courants voltaïques et les courants induits ou faradiques. Ces derniers peuvent être produits indifféremment par les appareils volta-faradiques ou par les appareils magnéto-faradiques.

On a très inégalement utilisé ces trois moyens. Au début, on a eu recours à l'électricité statique. Plus tard, on employa les piles, les appareils volta-faradiques, puis les magnéto-faradiques. Enfin depuis quinze à vingt ans on donne la préférence aux piles. Celles-ci sont aujourd'hui à la mode, mais il faut ajouter qu'elles rendent des services. Leur emploi se règle mieux depuis que l'Association britannique pour l'avancement des sciences a créé des unités électriques représentées par des étalons.

L'emploi de ces unités rend les piles plus maniables. C'est, qu'en effet, elles fournissent une plus grande quantité d'électricité que les machines et c'est là ce qui explique les accidents sérieux qu'elles ont occasionnés quelquefois.

Grâce à M. Gaiffe, nous pouvons aujourd'hui mesurer l'intensité des courants. Ses galvanomètres d'intensité ne laissent rien à désirer. Aussi est-il indispensable que les appareils employés soient munis de ces instruments de mesure.

L'historique des appareils électro-médicaux est simple. Il peut-être fait en suivant l'ordre chronologique.

D'abord on employa l'électricité statique, on utilisa surtout les secousses en vue de guérir les paralysies. On demandait à ces appareils deux sortes d'effets : les chocs produits par une décharge brusque et le bain électrique. Dans ce dernier cas on chargeait le patient qui se déchargeait en même temps, lentement, par ses pointes naturelles.

Vers 1795 surgit une nouvelle application qui ne tarda pas à tomber en désuétude, mais qui fut, en vain, remise en honneur, dans ces derniers temps, par Ciniselli. Voici en quoi elle consistait. A l'époque de Galvani on appliquait sur la peau deux métaux différents, réunis par un arc. C'était simplement un élément de pile puisque l'un des deux métaux était attaqué par la sueur. On obtenait ainsi certaines modifications et même des cautérisations. Ce moyen est surtout connu par l'emploi qu'en fit Alexandre de Humboldt. Afin de le rendre plus efficace, ce savant appliqua préventivement sur la peau un vésicatoire. Quand il mit ensuite ses métaux sur le derme dénudé, il éprouva une douleur atroce. Le récit qu'il fit de cette expérimentation ne contribua pas peu à faire tomber en désuétude ce procédé qui, cependant, pourrait être bon pour modifier certains ulcères.

Vers 1800, la découverte de la pile par Volta fit abandonner les procédés différents. Les piles furent presque uniquement employées à produire des secousses et on les préféra naturellement aux

machines statiques à cause de leur volume beaucoup moins encombrant et aussi à cause de la plus grande facilité d'administration.

Pourquoi ne demanda-t-on pas alors l'effet continu aux piles? Parce qu'au niveau des points d'applications il se produisait des effets chimiques, des cautérisations, etc. C'est là, à mon avis, la vraie raison. Il est vrai qu'il en est sorti la galvano-caustique chimique qui est une vraie conquête.

Les applications continues de la pile voltaïque datent de 1828. Elles sont dues à un médecin anglais, du nom de La Beaume. Elles furent abandonnées. Pulvermacher, constructeur à Paris, les reprit vers 1850. Hiffelscheim les popularisa un instant, mais leur véritable vogue date de leur réimportation par Remak qui n'ajoutait d'ailleurs rien de saillant à ce qui avait été fait avant lui; ces tentatives avaient même un défaut, celui d'être discontinues alors qu'elles étaient annoncées comme continues.

D'Allemagne elles revinrent en France, avec la traduction du livre de Remak.

Après La Beaume, on imagina les appareils d'induction. Masson, professeur de physique à Louis-le-Grand, construisit la bobine, à laquelle fut adaptée, peu après, l'interrupteur automatique que nous voyons partout.

Cet appareil donne des secousses dites d'extra-courant. Celles qui correspondent à la fermeture des courants sont peu sensibles, c'est le contraire pour celles de l'ouverture. Ces effets différents sont dus à ce que l'extra-courant de fermeture suit une direction inverse de celle du courant de la bobine et en diminue par conséquent l'intensité, tandis que l'extra-courant de rupture suit la même direction que le courant de la bobine, d'où addition des deux intensités.

En vue d'applications physiologiques, Du Bois-Reymond rendit le circuit induit mobile le long d'une règle graduée.

En vue d'applications thérapeutiques, j'ai employé le moyen de Du Bois-Reymond, mais en le modifiant. Sa bobine induite était unique et à fil fin, j'ai fait construire des bobines de rechange et à fils différents.

En même temps que ces appareils d'induction voltaïque, on construisit des appareils magnéto-électriques qui n'étaient qu'une modification de celui de Clarke. Ce dernier appareil disparaît de l'industrie où il est avantageusement remplacé par les machines nouvelles, mais il devra rester en médecine.

C'est à Duchenne, de Boulogne, que l'on doit l'application systématique de la faradisation.

Tel est le passé. Voyons maintenant l'état présent.

Une expérience de Claude Bernard nous servira d'entrée en matière. Dans le circuit d'une pile, on place successivement un voltamètre à eau acidulée, une patte galvanoscopique de grenouille, et un interrupteur à mouvement d'horlogerie. Quand le courant passe sans faire fonctionner l'interrupteur, on observe un effet chimique, l'eau se décompose dans le voltamètre, mais la patte de la grenouille ne se contracte pas. On en concluait, à tort, il est vrai, comme nous le verrons tout à l'heure, que le courant continu ne possède pas d'effet physiologique, mais simplement un effet chimique. Si, au contraire, on fait marcher l'interrupteur, on observe des secousses et pas d'effet chimique. Cette expérience est très nette pour montrer la distinction des effets obtenus par les courants continus et par les courants discontinus. Il faut donc étudier l'action produite par l'état électrique variable et par l'état électrique permanent.

Etat variable. L'état variable agit sur les nerfs pour exciter les muscles. On prétend en Allemagne qu'il agit seulement sur les nerfs. M. Claude Bernard en curarisant l'animal, c'est-à-dire en détruisant physiologiquement le nerf, montra que le courant interrompu agit à la fois sur le muscle et sur le nerf.

On peut répéter cette expérience sur le sujet vivant en bornant l'action du courant à un seul nerf.

On agit aussi par ce moyen sur les glandes dont les sécrétions sont exagérées par l'influence nerveuse.

Que se passe-t-il alors dans la circulation ? Cette expérience a besoin d'être soigneusement contrôlée, à cause des difficultés que présente son interprétation.

Autrefois Hiffelscheim et Robin ont avancé que l'électrisation en masse par les courants d'induction activait la circulation, non pas directement mais par effet de réaction. Si ces auteurs ont fait des expériences, elles ont été certainement mal faites. Le courant, disaient-ils, contracte les artérioles qui se dilatent ensuite par réaction. C'est possible en théorie, mais pratiquement c'est bien différent. En effet, l'électrisation en masse agit non seulement sur les vaisseaux, mais sur les muscles, les veines se videraient et il y aurait appel du sang artériel. Il me semble donc impossible d'établir, *à priori*, le résultat.

J'ai eu l'occasion de traiter un malade porteur d'une tumeur située sur une gaine dans laquelle passaient un nerf et une artère. Celle-ci ne donnait pas de pulsation à l'état normal. Pendant le passage du courant, les pulsations se percevaient très nettement, et elles disparaissaient pendant l'interruption. Cette expérience contredit donc la loi de Robin.

Je crois que l'électrisation en masse décongestionne en amenant un *drainage circulatoire* qui active la dénutrition. Une vérification thérapeutique importante est celle que l'on fait sur l'engorgement de l'utérus que l'on appelle à tort métrite. Trois ou quatre applications, de quatre à cinq minutes chacune, suffisent à obtenir le dégorgement de la région.

On obtient des résultats analogues dans les congestions aiguës, notamment dans les contusions et les entorses. Je m'en suis très bien trouvé dans les cas d'entorse récente. Après une application d'une dizaine de minutes, le malade peut se chausser et marcher. Il est vrai qu'on n'empêche pas, par ce moyen, les effets mécaniques de l'entorse, ecchymose, coloration bleue puis jaune de la peau, etc., mais on rétablit immédiatement la fonction.

Il est acquis en physiologie que l'état électrique variable sollicite les nerfs, les muscles et les glandes à fonctionner. Ces résultats avaient été déjà trouvés par l'emploi de l'électricité statique.

On en a conclu qu'on pouvait appliquer cet état variable au traitement de la paralysie. Et de fait on l'a appliqué très souvent abusivement à toutes les paralysies. Cette étude demanderait pour être convenablement traitée, de trop longs développements dans lesquels je ne puis entrer dans cette conférence consacrée aux généralités. L'électricité à l'état variable rend des services pour établir le diagnostic et le pronostic des paralysies.

L'état variable nous fournit un excellent moyen de réveiller la fonction, notamment dans les paralysies viscérales. La paralysie intestinale cède souvent à son action.

On a aussi employé l'état variable dans une casse d'affections qui offrent un intérêt d'une autre nature. Ce sont les états douloureux que l'on combat par des révulsifs, sinapismes, épispastiques, fer rouge etc. Cette médication est basée sur cette idée purement théorique qu'on fait disparaître une douleur en en produisant une plus vive mais très courte, en un point plus ou moins éloigné de la première.

Dans ces cas, on choisit l'état variable pour amener les perturbations, des douleurs comparables à celle de la brûlure, et on se sert d'un excitateur sec. L'électricité remplace avantageusement les vésicatoires et le fer rouge. Quand on traite une hydrarthrose par des raies de feu, la médication ne peut se répéter souvent. Il en est de même des vésicatoires qu'on devrait, d'après les principes, appliquer tous les cinq jours. L'absence d'un endroit où les appliquer empêche rapidement de recourir à ce moyen. Si alors on ne réussit pas du premier coup à guérir ou à améliorer le malade, on arrive rarement au résultat désiré par la raison que le mal a le temps de se reproduire dans l'intervalle des applications thérapeutiques. Employez au contraire l'électricité pour produire cette révulsion énergique, et rien ne vous empêchera de la répéter plusieurs fois chaque jour.

Un autre procédé propre à guérir certaines douleurs, c'est d'agir en masse sur la région par l'excitation humide. On a attribué à cet effet le nom de la *méthode hyposthénisante*, mais je crois qu'il y a une autre explication, c'est celle du drainage circulatoire.

Les applications de l'état variable sont donc nombreuses, elles répondent à des indications précises. Mais il est de toute importance de faire le diagnostic et de connaître la pathogénie du mal. Car c'est en s'attaquant aux causes qu'on traite avec le plus de succès.

En clinique, on n'a pas toujours la possibilité d'avoir un diagnostic parfaitement assis, même après un examen sérieux et approfondi. Il est souvent nécessaire de suivre ses malades et de voir l'effet produit par le traitement. Le résultat obtenu est quelquefois d'un grand secours pour nous renseigner sur la nature du mal. On connait l'ancien adage : *naturam morborum ostendunt curationes*.

Si avec un diagnostic incertain et un pronostic réservé, on tente l'application électrique et qu'on observe une amélioration immédiate, tant petite soit-elle, on doit persévérer. C'est la preuve que le pronostic est favorable. Dans le cas contraire, on est dans une mauvaise voie et l'on doit renoncer à ce genre de traitement.

Etat continu ou permanent. L'instrument le plus commode est la pile voltaïque. On sait par expérience qu'il se produit une cautérisation au point d'application des deux pôles. C'est un résultat que j'ai surtout fait ressortir dans ma conférence sur les applications chirurgicales de l'électricité. C'est même le seul phénomène apparent. Mais y en a-t-il d'autres ? Entre ces deux points où l'effet se fait sentir, ne doit-il pas se passer quelque chose ? C'est mon avis. Mais comment s'en assurer ? C'est assez simple, cependant il fallait trouver le réactif. Celui-ci nous est offert par la sensibilité. Dans l'application je me suis adressé à la sensibilité gustative. Vous connaissez cette manière de s'assurer si une pile fonctionne en appliquant les conducteurs sur la langue. On éprouve une saveur acide au pôle positif et une saveur alcaline au pôle négatif. Au lieu d'appliquer le courant directement sur la langue, je ferme le circuit dans la main et j'applique sur la joue le tampon mouillé du conducteur ; j'obtiens ainsi la saveur acide ou alcaline suivant la nature du pôle en contact.

Il y a donc perturbation dans l'équilibre chimique et probablement aussi dans la nutrition des éléments anatomiques. Cette proposition, certainement vraie pour les points voisins des électrodes, l'est aussi pour les points plus éloignés. Nous pouvons l'expliquer, comme Grotthus l'a proposé, pour la décomposition de l'eau dans le voltamètre. La molécule d'eau voisine du pôle positif se décompose en oxygène qui se met en contact avec lui et et en hydrogène qui se dirige du côté du pôle négatif. Cette première molécule décomposée agit de la même façon sur la suivante, celle-ci sur la troisième et ainsi de suite jusqu'au pôle négatif où nous trouvons l'hydrogène de la dernière molécule d'eau décomposée.

Entre les deux pôles, il y a une série d'actions intermédiaires dues à la palorisation des molécules. Il en est de même sur l'être suivant, comme le prouve l'expérience suivante. Si on place sur les deux joues les électrodes humides d'une pile, on éprouve une saveur métallique différente de la saveur alcaline ou acide qu'on obtenait avec un seul pôle. En outre cette saveur persiste un certain temps après la rupture du courant. La théorie de Grotthus s'applique donc au vivant et nous pouvons conclure que, dans l'intervalle des points d'applications, il y a polarisation et dépolarisation des molécules. Donc il y a modification chimique de ces molécules et, par conséquent, modification nutritive puisque l'état chimique n'est plus stable.

Mais qu'indique cette persistance de la saveur métallique après la rupture du circuit ? Elle prouve qu'après la polarisation il y a dépolarisation, c'est-à-dire qu'il se forme un électro-moteur secondaire.

Quand on emploie le courant voltaïque, on agit un certain temps, puis on s'arrête ; l'effet obtenu

est-il immédiat ou médiat? Ou autrement, est-il dû au courant direct employé, ou au courant secondaire de dépolarisation? Le plus d'effet ne serait-il dû à cette dépolarisation secondaire? Je le pense encore, mais il faudra bien des expériences pour le démontrer. Il se passerait dans l'organisme ce qui se passe dans les accumulateurs Planté. Quand on ferme le circuit d'un électromoteur secondaire, la décharge se fait dans ce circuit et la dépolarisation a lieu rapidement. Mais, dans les applications médicales, il n'y a pas de circuit et la décharge se fait à l'intérieur. Dans quel sens? C'est une mine à étudier.

Il y a donc des effets intermédiaires entre les électrodes et ensuite des effets secondaires.

Dans les opérations chirurgicales, dans l'ouverture d'un abcès, par exemple, on voit quelquefois la réparation se faire rapidement. Cette réparation rapide est probablement due aux actions secondaires.

Quand on possède une boussole d'intensité telle que la construit M. Gaiffe, et sans laquelle, comme je vous le disais en commençant, on ne doit jamais faire d'applications électriques, on agit plus longtemps si l'intensité est faible, moins longtemps si elle est forte, mais ce n'est point là cependant le guide à suivre; il vaut mieux s'en rapporter aux effets primitifs et aux effets secondaires, c'est-à-dire à ceux de dépolarisation.

Je termine par des expériences très intéressantes qui serviront de conclusions, comme celle de Claude Bernard nous à servi d'entrée en matière.

Nous venons de voir que la masse électrisée est le siège de courants. Quelle en est la forme, la direction, l'intensité ? Nous avons là dessus quelques données.

Nobili a reconnu qu'une patte de grenouille séparée de l'animal était parcourue par un courant centripète, c'est-à-dire allant du muscle au nerf.

Cette expérience est impossible à réaliser dans les mêmes conditions, chez les animaux à sang chaud, à cause de la cessation rapide des phénomènes vitaux dans le membre séparé du tronc. Cependant Claude Bernard, en asphyxiant des lapins par le refroidissement, est arrivé au même résultat que Nobili.

Du Bois-Reymond a fait l'expérience sur l'homme intact. Il place dans chaque main, un conducteur réuni à un galvanomètre. Si l'homme est aux repos, le galvanomètre est insensible, mais s'il contracte les muscles d'un bras, il produit un contre-courant et on remarque que ce courant prend la direction centripète dans le membre à l'état de repos.

Matteucci a imaginé cette autre expérience. Il enfonce dans les muscles du dos d'un animal deux lames de platine réunies par un fil traversant un galvanomètre. Puis au moyen de deux aiguilles de platine enfoncées dans les centres nerveux, il fait passer un courant, tantôt dans le sens centripète, tantôt dans le sens centrifuge. Dans le premier cas, l'aiguille du galvanomètre est moins déviée que dans le second. Donc, dans les centres nerveux, comme dans les muscles, le courant est centripète. Il n'y a pas à invoquer ici de causes d'erreur, car à mesure que l'animal s'affaiblit on voit s'atténuer la différence marquée au galvanomètre et elle devient nulle quand il est mort.

Je tire de ces expériences des conclusions qui expliquent mes divergences avec les Allemands. De nos jours, on admet moins d'affections par excès. La suractivité tient, *à priori*, à une rupture d'équilibre, c'est-à-dire à une lésion plus ou moins éloignée qui explique cette suractivité.

Les courants physiologiques sont centripètes. Dans l'état pathologique ces courants sont troublés, il faut donc les renforcer et non les contrarier, il faut suppléer à leur insuffisance par un courant artificiel et aider ce que les anciens appelaient *natura medicatrix*.

J'applique donc les courants centripètes et je m'en trouve bien la plupart du temps. Les Allemands appliquent les courants centrifuges. Peut-être sont-ils guidés dans cette pratique par la direction du courant moteur?

J'ai fait la contre-épreuve dans la circonstance suivante. L'appareil de M. Gaiffe à collecteur double dont je me servais eut besoin de réparation. L'ouvrier en changea l'orientation sans me prévenir et, pendant quelque temps, j'ai appliqué le courant centrifuge, croyant appliquer le courant centripète : l'effet produit sur les malades n'était plus le même et c'est ce qui me fit reconnaitre la cause d'erreur.

Quand la théorie sera faite, n'y aura-t-il pas avantage à réunir les deux appareils variable et permanent? L'appareil magnéto-faradique pourra peut-être alors remplacer les piles et les volta-faradiques.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES.

SECTION DE MÉDECINE.

L'influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis, par le professeur Verneuil. — La syphilis étant capable d'atteindre indistinctement tous les sujets sains ou malades, et ne mettant à l'abri d'aucune maladie ultérieure, peut coïncider avec tous les états constitutionnels héréditaires ou acquis: scrofule, tuberculose, arthritisme, herpétisme, etc.; avec toutes les intoxications, alcoolisme, paludisme, septicémie, etc.

Sans doute, il y a souvent simple coïncidence, sans réaction d'un état sur l'autre et combinaison ; mais le contraire n'est pas rare, et l'on reconnaît alors l'influence réciproque des diathèses ou l'apparition de formes mixtes très variées, fort importantes à reconnaître en pratique et malheureusement étudiées trop peu jusqu'à ce jour.

Certes, Hunter a noté l'influence de la scrofule sur la syphilis : Ricord a parlé du scrofulate de vérole et de la fréquence du phagédénisme chez les ivrognes; plusieurs

syphiligraphes, Révillet, entre autres, ont signalé le rapports de la vérole et de la dartre; on a admis que la marche des affections syphilitiques dépendait à la fois de la graine et du terrain. Mais ces données sont restées incomplètes et sans lien, de sorte qu'il n'existe aujourd'hui aucun travail d'ensemble sur les *hybrides syphilitiques*.

J'ai vu la vérole associée à la plupart des diathèses et maladies constitutionnelles. Mais j'ai recueilli surtout des observations précises sur l'hybridité scrofulo-syphilitique et syphilo-cancéreuse.

Voici les résultats sommaires de mes observations.

Hybridité scrofulo-syphilitique. — En général, la scrofule, état antérieur, agit sur la syphilis, état surajouté. La réciproque est plus rare. Cependant la vérole, chez les adolescents et les jeunes adultes rappelle parfois la strume qui sommeillait depuis la première enfance.

La scrofule manifeste diversement son infinence. Elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même communément: peau, ganglions lympathiques, périoste, etc. Elle y provoque facilement le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire. Elle modifie les ulcérations syphilitiques secondaires et tertiaires de façon à rendre le diagnostic parfois malaisé, — la scrofule à l'état dyscrasique simple n'aggrave pas notablement la syphilis; elle en rend peut-être les manifestations locales plus fixes, mais, en revanche, y abolit généralement le symptôme douleur.

La tuberculose, au contraire, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la vérole, les entretient indéfiniment à coup sûr. Certaines affections tertiaires, le rétrécissement du rectum, par exemple, se compliquent très ordinairement de tuberculose pulmonaire.

Le traitement de l'hybridité scrofulo-syphilitique est aisé, les mêmes indications existant pour les deux diathèses. Cependant à la médication spécifique ou anti-vérolique, mercure, iodure de potassium, on fera sagement de joindre les agents anti-scrofuleux proprement dits.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme, dernier venu, épithélioma ou carcinome, qui subit l'influence de la vérole. Ces cas sont d'ailleurs assez rares. Il n'existe guère de faits qui prouvent la réciproque. J'ai vu cependant le cancer atteindre, sans doute comme *locus minoris resistentiæ*, un testicule guéri depuis deux ans de syphilome.

L'association, dans une tumeur, dans une ulcération de la syphilis et du cancer, donne à la lésion une physionomie douteuse qui rend le diagnostic très épineux. D'ordinaire, les caractères objectifs sont ceux de la vérole tertiaire; mais l'engorgement ganglionnaire, si exceptionnel dans la syphilis ancienne, plaide pour le néoplasme.

L'indolence presque complète qui est la règle, la marche lente, la bénignité relative des symptômes sont du fait de la syphilis. Mais les progrès continus, la généralisation fréquente, et, en fin de compte, la terminaison toujours fatale, établissent définitivement le diagnostic; ils montrent de plus que dans le duo morbide, le dernier mot reste à la diathèse néoplasique.

Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux. Il procure quelquefois des améliorations surprenantes qui feraient croire à la guérison. Ces arrêts passagers étonnent, à bon droit, ceux qui savent combien le mercure et l'iodure de potassium sont généralement inutiles, sinon nuisibles, dans les cas de néoplasmes épithéliaux ou carcinomateux ordinaires.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Liniment stimulant, par M. Vigier. — Le liniment de Rosen du Codex est pour le pharmacien, paraît-il, de préparation difficile. M. Vigier propose pour le remplacer la formule suivante :

Essence de genièvre	2	grammes.
— de girofle	5	—
Beurre de muscade	5	—
Huile de ricin	2	—
Alcool à 95°	86	—

CHRONIQUE DES SYNDICATS

SYNDICAT MÉDICAL DE L'ARRONDISSEMENT DE DRAGUIGNAN.

Monsieur le Directeur,

Je suis heureux de vous faire part de la nouvelle suivante.

C'était, il y a quelques jours, la réunion de la société de secours mutuels des médecins du Var, cette société, comme vous le savez, fait partie de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. Ses membres se recrutent dans *l'arrondissement de Draguignan et de Brignoles*, les médecins de l'arrondissement de Toulon, constituant une société à part.

Au cours de la séance, et sur la proposition de plusieurs membres, les médecins présents ont adhéré à l'idée de la création d'un syndicat, pour la défense des intérêts professionnels, si souvent lésés. Une Commission de cinq membres a été nommée pour étudier la question et préparer un projet de statuts.

J'ai pensé que cette nouvelle vous serait agréable et je m'empresse de vous en faire part, d'autant que *la propagande faite par votre estimable journal a contribué à cette direction.*

Il est inutile de faire observer que c'est uniquement comme médecins et non pas comme membres de la société de secours mutuels que tous nos confrères présents ont adhéré à l'idée d'un syndicat.

ECOLE PRATIQUE. — *Applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité.*

M. le Docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 7 décembre à 2 heures, Amphithéâtre N° 3, pour le continuer tous les mercredis suivants à la même heure.

M. le docteur Chéron a repris ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, 9, et les continuera tous les lundis à midi et demi.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

16 Décembre 1881 — 3me Année. — No 51

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Verneuil* a pris de nouveau la parole à l'Académie pour répondre aux arguments que M. Léon Colin, à la fin de la dernière séance, avait opposés aux idées émises par lui sur les *rapports du diabète avec le paludisme*. MM. *Leroy de Méricourt* et *J. Rochard*, qui sont ensuite intervenus dans le débat, ont présenté des statistiques et exposé des faits qui semblent contredire la théorie du savant clinicien de la Pitié. Pour nous, nous croyons que, dans cette grave et difficile question de pathologie générale, il est impossible de se faire une opinion quand on n'a pas d'expérience personnelle sur l matière : nous ne nous permettrons donc pas d'émettre un avis qui ne saurait être motivé. Mais ce qu'il faut proclamer bien haut, c'est le service que M. le professeur Verneuil a rendu à la science, en soulevant cet intéressant débat qui ne saurait demeurer stérile dans l'avenir. Comme il y a là une question nouvelle à étudier, nous placerons sous les yeux de nos lecteurs le resumé des arguments qui ont été apportés de part et d'autre.

M. Colin ayant déclaré que les paludiques incontestés, sous toutes les formes et à tous les degrés, se comptent dans l'armée par milliers, sans que l'on signale peut-être un seul cas de réforme ou de retraite pour diabète palustre. M. *Verneuil* répond : le diabète palustre peut aisément échapper aux conseils de révision et de réforme, parce qu'on n'examine pas les urines, parce que l'incubation de ce diabète peut être longue, parce qu'il semble affecter des formes bénignes et paraît compatible avec une assez bonne santé. L'argument de M. Colin n'aura de valeur que lorsque la recherche du sucre sera spécialement faite chez tous les hommes renvoyés dans leurs foyers pour cause d'intoxication tellurique invétérée.

M. Colin pense que les paludiques restés pendant quelques années indemnes de toute récidive sont délivrés de l'intoxication paludéenne et se trouvent dans les mêmes conditions que les individus vierges de toute imprégnation tellurique. M. Verneuil est d'un avis contraire, il estime que, de toutes les intoxications, le paludisme est la plus rebelle, la plus tenace, la plus indestructible, et que, si prolongé qu'en ait été le sommeil, elle peut toujours reparaître sous l'influence de causes provocatrices diverses, parmi lesquelles le traumatisme occupe probablement le premier rang. M. Verneuil cite plusieurs observations de malades qui avaient cessé d'avoir des accidents paludiques depuis neuf, dix, quinze, vingt ans et plus, et qui, à la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, ont éprouvé des accès de fièvre intermittente ou des névralgies intermittentes, parfaitement caractérisées, qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Le plus curieux de ces faits est celui d'un malade qui ayant été atteint, à l'âge de deux ans, d'accès de fièvre bien caractérisés, avait joui d'une santé parfaite depuis lors pendant quarante ans. A l'âge de quarante-deux ans, à la suite de la rupture d'un phimosis, il éprouva, plusieurs jours de suite, à la même heure, une inflammation locale avec hémorirhagie, véritables accès paludéens qui cédèrent, à l'emploi du sulfate de quinine. Un autre fait, communiqué par M. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté, concerne un homme qui, né en Hollande, fut pris à Marseille, à l'âge de vingt ans d'une fièvre pernicieuse grave dont il fut guér par l'emploi du sulfate de quinine. Depuis lors, il s'était toujours bien porté. Longtemps après, s'étant fracturé le péroné, il fut pris toutes les nuits d'une

douleur vive, sans fièvre, qui reparut ainsi d'une manière intermittente jusqu'à ce qu'on employât le sulfate de quinine.

M. Verneuil pense que, dans tous ces cas, le retour des accès de fièvre intermittente ne peut être légitimement attribué qu'au réveil du paludisme provoqué par l'action traumatique.

Il en est du paludisme, suivant lui, comme de la syphilis, dont les manifestations secondaires ou tertiaires peuvent s'étendre à une syphilis pleinement latente après plus de vingt ans et même après plus de trente ans de guérison apparente et se révéler tout à coup sous l'influence d'un traumatisme des plus légers, tel qu'une simple contusion. Ce qui est accepté pour la syphilis doit l'être, suivant lui, pour le paludisme. M. Verneuil termine par la lecture d'une note de M. Burdel (de Vierzon), qui déclare mettre actuellement sur le compte d'un état paludo-diabétique certains accidents, tels qu'ulcères aux jambes, sphacèles, plaques noires, qu'il attribuait plutôt autrefois à l'usage d'un seigle souvent ergoté. Aujourd'hui les paysans de la Sologne ne mangent presque plus de pain de seigle, et ces accidents sont aussi fréquents. Le plus souvent la glycosurie qui accompagne les accès de fièvre intermittente est passagère, mais elle peut devenir permanente quand ses accès se répètent et quand l'intoxication est devenue chronique. Quant aux lésions traumatiques, elles aggravent souvent les deux diathèses, mais surtout les manifestations telluriques. Il en est de même dans les cas de calculs hépatiques, néphrétiques, vésicaux, de concrétions bronchiques, etc.

M. Leroy de Méricourt a tenu à faire une enquête aussi sérieuse que possible avant de prendre la parole sur la question que soulevait M. Verneuil, c'est-à-dire sur l'importance de l'impaludisme dans l'étiologie du diabète. A première vue, il lui semblait fort peu probable que la cachexie palustre fût souvent la cause d'un vrai diabète. Ses souvenirs personnels lui semblaient contredire cette proposition; et cette impression, qu'il a ressentie en écoutant M. Verneuil, a été encore fortifiée par tous les documents consultés par lui.

Une distinction essentielle doit être établie avant tout, entre la simple glycosurie et le vrai diabète. La glycosurie simple, accidentelle, peut être déterminée par une foule de causes locales, physiologiques ou pathologiques, telles que la menstruation, la puerpéralité, l'allaitement, le régime féculent exclusif, les émotions vives, les refroidissements, l'alcoolisme, les fièvres catharrales, éruptives, et enfin la fièvre intermittente. Mais cette glycosurie est essentiellement passagère; elle disparaît, reparaît et cesse sous l'influence des causes les plus légères.

Très différent est le diabète vrai. Il constitue une maladie permanente et s'accompagne de tout un ensemble de symptômes véritablement caractéristiques, car, depuis longtemps déjà, on sait que la glycosurie passagère, celle qui peut passer inaperçue, qui ne présente aucun danger, peut résulter d'accès de fièvre paludéenne.

En est-il de même du diabète proprement dit ? Les faits rapportés par M. Verneuil ne le prouvent pas avec évidence. Quatre au moins de ces observations portent sur des cas de glycosurie accidentelle et passagère. Deux seulement permettent de croire à l'existence du diabète. Et encore est-il bien douteux que l'impaludisme soit pour quelque chose dans l'étiologie de cette maladie redoutable. Dans les deux cas dont il s'agit, la date extrêmement éloignée des accès de fièvre intermittente, lorsque l'on constata du sucre dans les urines de l'un de ces malades, rend bien peu probable la supposition d'une relation de cause à effet.

Les médecins de la marine et des colonies qui exercent si fréquemment au milieu de contrées palustres ne signalent aucun fait de diabète, ni même de glycosurie, dû à l'empoisonnement tellurique. On pourrait dire qu'ils ont parfois négligé l'analyse des urines; mais tel n'est pas toujours le cas. M. le docteur Grull, par exemple, médecin de 1re classe de la marine, a fait, pendant son séjour à la Guyanne, plus de 500 examens d'urines de condamnés atteints de cachexie palustre, au point de vue de la présence du sucre, sans avoir pu y découvrir cette substance. D'ailleurs sur les navires, dans les pays tropicaux, il serait vraiment bien difficile que le diabète passât inaperçu. La soif deviendrait insupportable pour les marins; ils se plaindraient de cette soif dévorante et de la perte de leurs forces. Or, rien de semblable n'est signalé dans les rapports des médecins de la marine, où tant de cas d'impaludisme sont mentionnés. Dans le *Traité de pathologie géograhique* de Hirsh, dans le *Traité de climatologie* de Lombard (de Genève), dans le *Traité des maladies de l'Inde* de Morehead, dans le *Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles* de Béranger-Féraud, etc., même silence sur les relations supposées entre l'impaludisme et la glycosurie.

La statistique médicale de la marine de guerre des Etats-Unis signale en 1875, pour un effectif de 10,141 hommes, un seul cas de diabète et 695 cas de fièvres intermittentes ou rémittentes.

En 1876, pour un effectif de 11,138 hommes, un cas de diabète et 529 cas de fièvres paludéennes.

En 1877, pour un effectif de 6,461 hommes, aucun cas de diabète, et 599 cas de fièvres intermittentes.

Dans la marine royale anglaise, en 1878, il n'y eut aucun cas de diabète sur un effectif de 46,400 hommes.

A l'hôpital de la marine de Rochefort, en 1877, il n'y eut pas un cas de diabète, et on a relevé 813 cas de fièvres intermittentes et 270 congés pour cause de cachexie palustre.

En 1878, un seul diabète pour 1,576 cas de fièvres intermittentes et 291 congés pour cachexie palustre.

En 1879, pas de diabète, 742 cas de fièvre palustre, 144 congés pour cachexie tellurique.

En 1880, un seul diabète pour 692 cas de fièvres intermittentes.

Les renseignements fournis par M. le Docteur Maher, directeur du service de santé en retraite, à Rochefort, sont absolument concordants avec les résultats qui précèdent.

Ces documents conduisent M. le Roy de Méricourt à remplacer les conclusions de M. Verneuil par les simples interrogations suivantes :

1° Dans quelle porportion la glycosurie passagère se montre-t-elle contemporaine des accès de fièvre intermittente?

2° Cette glycosurie fugace ne se montre-t-elle pas aussi fréquemment à l'occasion de tout frisson initial d'une maladie fébrile?

3° La glycosurie plus ou moins permanente que l'on constate chez les individus atteints de cachexie palustre amène-t-elle fréquemment le diabète vrai?

M. Rochard, ne veut ajouter que quelques mots sur les résultats de son expérience personnelle. Il admet bien avec M. Verneuil que l'impaludisme puisse couver longtemps après une première manifestation et se révéler de nouveau sous une influence accidentelle. Il l'a éprouvé lui-même à Brest plusieurs années après son retour de Madagascar où il avait fait un long séjour et ressenti une violente atteinte d'impaludisme. Une récidive de fièvre intermittente eut lieu à l'occasion d'un refroidissement un jour qu'il avait eu ses vêtements mouillés. Les traumatismes, comme toute autre secousse, peuvent être également l'occasion de récidives. Mais ce qui paraît très douteux à M. Rochard, c'est que la cachexie palustre, même la plus profonde, même celle qui se manifeste par la plus énorme intumescence de la rate et du foie, produise fréquemment un vrai diabète. Pendant son séjour à Madagascar, alors que le navire où il se trouvait hivernait dans une station des plus malsaines, il a observé pendant longtemps des sujets atteints de cachexie palustre et qu'on ne pouvait pas rapatrier. Aucun d'eux ne lui a présenté les phénomènes caractéristiques du vrai diabète, ceux que ne saurait méconnaître un œil exercé, même en dehors de tout examen des urines. D'ailleurs il ne faudrait pas croire que cet examen eût fait défaut dans la plupart des cas de marins et surtout d'officiers ou de sous-officiers de la marine que l'on réforme pour cause de cachexie palustre. Si le diabète était fréquemment la conséquence de cette cachexie, on le trouverait signalé dans les rapports, qui n'en parlent pas.

Nous ne voulons pas quitter l'Académie de médecine sans annoncer qu'un de ses membres les plus illustres, M. Pasteur, vient d'être élu à l'Académie française, où il succède à un autre membre fort illustre aussi de l'Académie de médecine, M. Littré. Tout le monde scientifique a applaudi à cette élection qui est la récompense bien méritée des services si importants que M. Pasteur a rendus à la science et au pays.

Les typographes ne paraissent pas partager pour les théories de l'homme éminent, que nous venons de nommer, le respect qu'elles nous imposent à tous. C'est ainsi que, dans notre Bulletin du n° 49, page 602 première col., ils ont porté le désordre dans nos microbes, et nous ont fait dire, malgré nos corrections (ligne 3) : la bactérie infecte le sang, alors que nous avions écrit : *la bactéridie infeste le sang*; et, plus loin, (ligne 5) : la bactéridie, au contraire, au lieu de : *la bactérie au contraire.* Dr J. Geoffroy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Observations de névrose du nerf pneumogastrique ou catarrhe suffocant à répétition. Guérison par le traitement anti-épileptique (bromure de potassium associé à la picrotoxine), par le Dr Poulet, *de Plancher-les-Mines.*

La pathologie des nerfs vagues est encore si peu avancée, que l'on ne doit laisser échapper aucune occasion de recueillir les faits propres à jeter quelque jour sur cette partie importante des études médicales. A ce titre il me paraît opportun de publier l'observation suivante :

Marie-Joséphine Künck, âgée de 4 ans, brune, d'une forte constitution, est atteinte depuis sa naissance d'une singulière affection à retours périodiques. La nuit qui précède la crise est agitée; vers le matin survient une oppression extraordinaire : l'enfant respire aussi laborieusement que si elle était atteinte du croup, sans toutefois en présenter les symptômes laryngés. La bouche est largement ouverte; la respiration bruyante, extrêmement fréquente, accompagnée de râles trachéaux abondants. On dirait un catarrhe suffocant à marche foudroyante.

A l'auscultation on entend des râles sous-crépitants à la base d'un des poumons, le droit d'ordinaire, et des râles sibilants disséminés çà et là dans la poitrine. On constate une certaine matité à la percussion de la partie du poumon qui est le siège de la lésion parenchymateuse. Il y a de la toux, sans expectoration. Les battements du cœur sont précipités, sans bruit anormal. Le pouls est généralement d'une fréquence insolite; dans la dernière crise, il était misérable. Tantôt la chaleur est très intense; tantôt elle est abaissée au dessous de la normale. La dernière crise qui a eu lieu ces jours derniers, a été annoncée par un violent frisson et accompagnée de l'algidité de toutes les régions découvertes et même des extrémités inférieures placées sous la couverture. Les

yeux éteints semblaient être une menace de mort imminente, à telles enseignes que les parents crurent, à un moment donné, que la pauvre enfant succombait entre leurs mains.

La langue est très saburrale. Il survient souvent pendant la crise, un vomissement spontané.

D'ordinaire la fin de l'attaque est marquée par la sueur de la tête.

La crise, plus ou moins forte, dure en général vingt-quatre heures, après quoi tout rentre promptement, presque subitement dans l'ordre. L'enfant reprend tout son entrain; il n'y a, pour ainsi dire, aucune transition entre la maladie pleine d'angoisse et les jeux bruyants de son âge, et, en la voyant si alerte, si gaie, on ne pourrait se douter du danger imminent qu'elle a couru peu d'instants auparavant.

Rarement ses parents réclament l'intervention médicale, ils se sont peu à peu habitués au retour de ces crises, dont le nombre est ordinairement de cinq ou six chaque année, et dont ils connaissent, par expérience, la courte durée. Il y en a eu pourtant quatre depuis trois mois. Quand la vie leur paraît tout-à-fait compromise, ils viennent chercher un vomitif ou un purgatif, un sinapisme ou des mouches de Milan. La dernière fois le danger fut si terrible qu'ils se décidèrent enfin à avoir recours à moi, après avoir vainement employé les moyens ordinaires. Déjà la face était vultueuse, inondée de sueur. A ce signe, il me fut facile de prévoir la fin de la crise. J'administrai par cuillerées, de trois heures en trois heures, une potion qui parut faire merveille, et ainsi composée :

Acide oxalique...............	1 gr. 50
Infusion de thé noir...........	120 »
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 »

Il ne s'agissait sans doute que d'enfoncer une porte ouverte. Chose insolite ! La crise promptement terminée du côté des organes thoraciques, a été suivie d'une maladie éruptive rubéoliforme très éphémère.

A raison de l'imminence du danger que venait de courir leur enfant, j'ai déclaré aux parents et ils ont compris qu'il fallait, sans retard, instituer un traitement préventif des accès. En conséquence, à partir du 18 novembre 1880, je lui fis prendre soir et matin une cuillerée à bouche d'une solution renfermant 1 gramme de bromure de potassium, 2 milligrammes d'arséniate de potasse et 5 milligrammes de picrotoxine, par 15 grammes. Jusqu'au 1er janvier 1881, il survint encore quelques accès fort atténués. La dose fut portée alors à trois cuillerées par jour. A partir de là, la guérison fut complète et ne s'est pas démentie un seul instant depuis près de dix mois.

La coqueluche épidémique atteignit l'enfant à la fin de février; mais elle resta entièrement isolée et l'on n'eut à regretter aucun retour offensif de la maladie périodique bien décidément conjurée.

Examinons maintenant quelle est la nature de l'affection que je viens de décrire.

Mélange bizarre de symptômes inflammatoires et de phénomènes d'ordre purement nerveux, ce fait est certainement étrange. Si l'on ne tenait compte que des signes stéthoscopiques, on dirait une bronchite capillaire suraiguë. Toutefois, en considérant les allures de la maladie, on ne tarde pas à se convaincre que l'hypothèse d'une phlegmasie est incompatible avec les faits et, partant, inadmissible. En effet, invasion brusque sans cause occasionnelle; durée beaucoup plus courte que celle des inflammations concomitantes; bronchite et subpneumonie; terminaison rapide, comme par délitescence; retour fatal et périodique des accidents : à ces caractères, qui hésiterait à diagnostiquer les attaques d'une névrose? Joignez le succès prévu et confirmé de la médication antinerveuse. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Ce n'est pas certes la coïncidence des congestions locales qui pouvait faire échec à cette opinion. Combien ne voit-on pas de névralgies s'accompagner de fluxions locales ! *Ubi stimulus, ibi fluxus.* L'épilepsie ne va-t-elle pas jusqu'à produire les altérations fonctionnelles paralytiques de l'apoplexie et jusqu'à occasionner la mort par *infarctus* cérébral ? Je n'ignore pas que beaucoup de médecins, très distingués, doutent qu'il puisse exister une affection grave qui dépende du simple trouble de l'innervation, sans lésions primitives organiques. Mais la nature se charge de donner de nombreux démentis à leurs vues étroitement systématiques. En fait, tantôt c'est la névrose qui se greffe sur une lésion des organes, tantôt, comme ici, c'est la lésion des organes qui se greffe sur la névrose primitive.

Selon nous, les plus fortes raisons militent en faveur de l'hypothèse d'une névrose dans le cas que nous étudions. Mais quelle est cette singulière névrose, qui a cela de commun avec l'épilepsie, de produire des attaques espacées de plusieurs semaines ?

Les résultats fournis par les nombreuses vivisections dans lesquelles la paire vague a été lésée de diverses manières, sont de nature à nous mettre sur la voie d'une solution rationnelle.

Astley Cooper a lié, sur un chien, les nerfs pneumogastriques. La respiration de l'animal est devenue lente et laborieuse; les battements du cœur, faibles et précipités, refus des aliments; mort le lendemain au bout de 19 à 20 heures. Dans cette expérience, le sang artériel acquérait peu à peu les caractères du sang veineux, et la chaleur diminuait graduellement jusqu'à la terminaison fatale. A l'autopsie, on trouva les poumons gorgés de sang au point de simuler les apparences du foie (hépatisation rouge), l'estomac plein d'aliments non digérés, etc.

Dans plusieurs autres expériences, la ligature de la paire vague provoqua en outre le vomissement, dont le mécanisme n'a pas à être interprété ici.

Longet réséqua les deux nerfs vagues sur des animaux. La mort arriva du deuxième au troisième jour et fût déterminée surtout par l'engorgement sanguin des poumons ou l'engorgement séro-muqueux des bronches; car les contractions du cœur ont persisté jusqu'à la mort et, si l'on ouvrait une artère, le sang jaillissait *per saltum.*

Le Dr Reid a aussi observé la congestion pulmonaire après la section des pneumogastriques, et il est porté à l'attribuer à la paralysie des muscles des bronches.

Inutile de multiplier davantage les citations. Disons seulement qu'il faut distinguer soigneusement les phénomènes qui résultent de la lésion de la paire vague, selon qu'elle est supérieure ou inférieure à l'origine des nerfs laryngés. Si Willis et ses sectateurs ont rapporté des cas de mort presque immédiate après la section des pneumogastriques, ces cas s'expliquent simplement, comme l'a prouvé Legallois, par l'occlusion de la glotte.

Les symptômes observés chez ma petite malade sont de nature à faire supposer qu'il n'y avait d'affectés que les filets pulmonaires et les filets gastriques, et que les nerfs laryngés étaient exempts de toute altération.

Au point de vue nosologique, si l'affection qui a mis en danger les jours de la petite Künck se rapproche de quelque maladie décrite par les auteurs, c'est avec l'asthme thymique, l'asthme de Kopp qu'elle a le plus d'analogie. Elle en diffère pourtant en ce que les symptômes du catarrhe suffoquant y attiraient principalement l'attention, tandis que, dans l'asthme thymique, ce sont ceux du spasme de la glotte qui dominent. Au demeurant, il n'y avait pas trace d'hypertrophie du thymus. Tout compte fait, il n'y a peut-être entre les deux maladies qu'une différence de siège, et l'on pourrait fort bien admettre que l'asthme thymique est une névrose des nerfs laryngés, émanée des pneumogastriques, tandis que la névrose nouvelle que j'ai déjà décrite, affectait uniquement les branches gastro-pulmonaires de la même paire. Ce n'est pas la première fois que la parenté de l'asthme thymique et des grandes névroses est signalée. Laënnec affirme (Traité de l'auscultation médiate) que l'on a observé plusieurs fois la métamorphose de l'asthme thymique en épilepsie. La maladie simple d'abord, dit-il, se complique plus tard d'accidents épileptiques et c'est alors que les enfants succombent.

L'asthme spasmodique lui-même offre de non moins évidentes affinités avec les névroses du nerf vague. «Dans cette maladie, dit Grave (*Leçon de clinique médicale*), tous les organes animés par les nerfs pneumogastriques sont évidemment atteints. En effet l'accès d'asthme n'est pas seulement caractérisé par des palpitations et une respiration précipitée ; on observe aussi des troubles gastriques manifestes, surtout à la fin de l'accès. On connait l'étroite sympathie qui existe entre l'estomac et les poumons, etc. »

M. Guersant a vu deux enfants succomber en peu de jours à une dyspnée rémittente avec toux sèche et anxiété précordiales. A l'ouverture des corps, il ne trouva aucune ésion notable. (dictionnaire de médecine en 30 volumes.) Sans doute il s'était agi d'une névrose de la paire vague.

On trouve dans les annales de la science, bien peu d'observations sous la rubrique que j'ai adopté en tête de ce travail. Celà tient sans doute à deux causes, à la rareté des cas du même genre, d'une part, d'autre part à la confusion qui en est faite avec d'autres maladies.

En finissant je citerai seulement le fait suivant qui me paraît particulièrement intéressant.

Dans Hufeland's journal des praktischen Heilkunde, année 1837, le Dr Rosch attribue à l'inflammation du nerf vague des accès d'asthme survenus chez un blessé qui avait reçu de violentes contusions sur la poitrine. Les accès commençaient par un sentiment de froid aux extrémités supérieures, s'accompagnaient d'aphonie et duraient à peu près un quart d'heure. Pendant ce temps, le malade était très pâle; la respiration, très brève et fréquente; le pouls petit et irrégulier. Les extrémités, la poitrine et, en général tout le corps, étaient remarquablement froids. Après l'accès, la respiration redevenait libre ; la toux s'apaisait, etc. On ne peut guère méconnaître, dans ce cas, une affection des nerfs vagues. Mais est-on autorisé à affirmer, sans réserve, qu'il s'agit d'une inflammation du nerf, plutôt que d'un névrose pure et simple? Nous ne le pensons pas ; nous croyons au contraire que c'est là une question que l'état actuel de la science ne permet pas encore de résoudre.

Conclusions. — Il existe un syndrome composé d'éléments inflammatoires et d'éléments d'ordre nerveux, qui nous paraît caractéristique d'une affection de la 8e paire, au dessous de l'origine des nerfs laryngés.

Les symptômes inflammatoires consistent en phénomènes de bronchite aiguë et d'infarctus pulmonaires.

L'élément nerveux est représenté par la marche de la maladie, sa durée éphémère, ses retours périodiques, l'action curative des antinerveux, etc.

Il n'est pas à notre connaissance qu'une semblable névrose ait été décrite jusqu'ici d'une manière assez complète pour porter la conviction dans les esprits. En tous cas, elle n'est admise dans le cadre nosologique que comme une entité virtuelle plutôt que réelle.

C'est de l'asthme thymique qu'elle se rapproche le plus avec cette différence fondamentale que, dans l'asthme thymique, les symptômes laryngés dans la névrose ci-dessus décrite, les symptômes pulmonaires dominent la scène morbide. Du moment que l'attention du corps médical est appelée sur ce sujet, il y a lieu d'espérer que, bientôt, d'autres observations viendront rejoindre et ajouter leur autorité à celle que nous publions.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

COMMISSION DE RÉVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE

EXTRAIT

Du Procès-Verbal de la première Séance.

La *Commission de révision de la législation,*

s'est réunie pour la seconde fois, le mercredi 7 décembre 1881 à 1 heure.

Etaient présents MM. les docteurs :

Decool, Margueritte, Monin, Landur } *Membres de la commission.*

Chevandier, Soye } *Membres de la Chambre des députés*

Cézilly, *Président.*

Geoffroy, *Secrétaire.*

Laburte, *membre du* Concours médical.

M. le *Président* donne lecture de la correspondance. MM. les docteurs *Bibard, Gassot* et *Garrigat*, député de Bergerac, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

En outre, M. le Dr *Gassot* indique succinctement, dans sa lettre, son avis motivé sur les différents points de l'ordre du jour.

M. le *Président* fait remarquer que cette lettre pourra être considérée comme un précédent et qu'à l'avenir ceux des membres de la commission qui ne pourraient assister à la séance, enverraient, par écrit, leurs communications. Le procès-verbal de la séance leur serait ensuite communiqué, pour qu'ils puissent présenter leurs observations dans la séance suivante et émettre leur avis sur les différents points qui auront été l'objet de la discussion.

Lecture est ensuite donnée, des lettres de M. le Dr Queste (de Saint-Gaston-Chaussée), de MM. Ducosté (de Brionne), et Adelinet officiers de santé.

M. le *Secrétaire* donne lecture du procès-verbal de la séance précédente. Ce procès-verbal est adopté sans discussion. M. *Geoffroy* fait connaître en même temps la rédaction qu'il propose pour les différents articles déjà acceptés de la loi nouvelle sur l'*exercice de la médecine*. Ces articles seront joints au procès-verbal de la première séance dont ils résument les travaux.

La commission passe ensuite à la discussion des différentes questions qui font l'objet de son ordre du jour.

Elle fixe sa troisième séance au mercredi 21 décembre 1881 à 4 heures.

Ordre du jour de la troisième séance :

Exercice illégal de la médecine.
Exercice de la médecine par les médecins étrangers
Loi Roger-Marvaise.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
Geoffroy.

II

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE PAR LES RELIGIEUSES ET REBOUTEURS.

Saint-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord)
4 novembre 1881.

Monsieur le Directeur,

Au commencement de 1880 le gouvernement parut s'émouvoir des plaintes réitérées portées contre les communautés religieuses pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie dans les départements bretons. Dans le courant du mois de mars de la même année, je reçus une lettre circulaire du Procureur de la République de mon arrondissement, me demandant si j'avais à me plaindre de ces communautés et me priant de vouloir bien lui transmettre les renseignements que je pourrais posséder à cet égard, ce que je fis par la lettre suivante dont je retrouve la copie dans mes papiers, copie que je vous envoie dans la pensée qu'il serait utile que l'enquête officielle, avortée en 1880, puisse être reprise utilement par notre journal. Vous en jugerez.

Agréez, etc. C. Frouin.

Monsieur le Procureur de la République
à Guingamp

En réponse à votre lettre circulaire du 17 mars courant, dont M. le Juge de Paix m'a donné connaissance, j'ai l'honneur de vous adresser les renseignements suivants.

Pendant neuf ans, de 1863 à 1872, j'ai exercé la médecine dans un canton voisin (Corlay) et, pendant cette longue période, j'ai dû, pour vivre, lutter contre les communautés de Corlay, Saint-Mayeux, Plussulien et Saint-Martin-des-Prés, le canton. Enfin, leur influence toujours croissante me détermina à quitter la place et à venir me fixer à Saint-Nicolas-du-Pelem. Ce canton ne possède encore que deux communautés religieuses, mais en fait d'exercice de la médecine elles en valent bien quatre et plus. Habituées à l'impunité, aucun cas ne les effraie, si graves qu'ils soient, aussi que de victimes!.....

Nos campagnards les plus riches appellent les religieuses pour être traités à meilleur compte et quand la mort s'ensuit, personne ne dit rien. Par ci, par là, le médecin finit par constater des faits graves, des décès même dont la responsabilité appartient tout entière aux religieuses, mais que faire? Les parents ne se plaignent pas et si un médecin s'avisait de le faire, il n'y gagnerait que la haine des congrégations et du clergé, et verrait le plus souvent sa position s'aggraver d'autant.

Il y a trois ou quatre ans, attristé et effrayé tout à la fois des faits que je découvrais, je profitai d'une réunion de médecins, membres de l'Association dans mon département, pour proposer à mes confrères de relever, chacun dans sa circonscription, les cas délictueux graves et pouvant être bien prouvés qui viendraient à notre connaissance, afin d'en former un dossier qui pourrait être utile plus tard. Pour ma part, j'en ai relevé plusieurs et peut-être quelques uns de mes confrères en ont-ils fait autant; je dis, peut-être, car je sais que beaucoup d'entre eux craignent, en suivant mon exemple, de s'exposer à de grands ennuis pour un résultat qui, naguère encore, pouvait paraître bien incertain. M. le Procureur peut en demander connaissance au sécrétaire de l'association qui habite la même localité que lui.

Dans les communes où il y a une communauté de religieuses, il arrive très souvent que le méde-

cin n'est appelé qu'après que ces dames ont traité le malade et alors que la maladie s'est tellement aggravée qu'il n'y a plus de ressources. En dehors de mon canton, je puis vous citer deux de ces communautés où les faits d'exercice de la médecine sont malheureusement journaliers; ce sont celles de Saint-Gelven et des Forges-des-Salles.

Outre l'importance que leur donne l'exercice de la médecine, les religieuses tirent un profit illicite, non-seulement de leurs soins, mais aussi des médicaments qu'elles fournissent. Ainsi la Supérieure de la communauté du Salles-au-Perret m'a avoué qu'elle employait douze flacons de Sulfate de quinine chaque année.

Autrefois ces dames se fournissaient chez quelque pharmacien des environs ; maintenant presque toutes les communautés ont leur droguiste attitré, et je vois quelquefois arriver pour celles de mon conton de grands mannequins de médicaments qui me font envie.

Le métier rapporte, aussi je connais de ces dames qui ont une bonne monture pour aller voir les malades, les unes ont un cheval, les autres un âne; et ce ne sont pas les indigents que préfèrent ces dames, à ceux-ci on fournit peu de remèdes: encore si elle les payaient de leurs deniers! Mais voici comment la chose se passe dans ma commune et sans doute dans bien d'autres.

Le Conseil municipal qui ne vote rien pour le médecin comme secours aux indigents malades, vote, chaque année, 400 francs aux religieuses pour médicaments à fournir aux pauvres de la commune; or ces remèdes sont bel et bien vendus aux riches et, il y a peu de jours j'en citais un nouveau cas indéniable au Président de l'association des médecins du département, en lui écrivant à propos d'un fait d'exercice illégal de la médecine par une rebouteuse. Car, il ne faut pas croire que les communaut's soient seules à nous faire concurrence et, puisque je parle de rebouteux, je me permettrai de demander à M. le Procureur de la République comment il se fait que ces gens-là puissent exercer leur industrie ouvertement, au vu et su de tous, y compris juges de paix et gendarmes sans que jamais un procès-verbal soit dressé ! Les jours de marché aux chefs-lieux de canton de Rostrenen et de Goarec, la rebouteuse exerce illégalement, celle de Plussulien en fait autant chaque jeudi à Corlay. Toutes deux ont une auberge attitrée et bien connue où elles exercent, et ces localités ne sont pas les seules, il s'en faut. Ce matin même, j'ai été appelé au village du Guerguer, en Bothoa, pour visiter un nommé Le Gall Vincent, sabotier, atteint d'une inflammation intestinale grave et qui, hier, 18 mars courant, s'est fait transporter en voiture à Corlay pour consulter la rebouteuse qui lui a déclaré que son estomac était décroché et qui le lui a remis en place, plus un emplâtre pour affermir la guérison ; cela n'a coûté que 0 fr. 50 c'est vrai, mais cela a été absolument insuffisant, car ce pauvre homme a pensé mourir la nuit suivante.

Pendant ce temps, le médecin qui paie des impôts et auquel on refuse de dégrever sa patente, sous le prétexte qu'il exerce une profession libérale, le médecin qui a payé assez cher son instruction médicale, qui a à nourrir, comme moi, une nombreuse famille, qui doit songer à faire instruire ses enfants et à en faire de bons citoyens, ce médecin en présence d'une administration qui ne le protège pas et de parasites qui lui enlèvent ses moyens d'existence, doit trouver quand même le moyen de satisfaire à toutes ces charges.

La communauté de Goarec, qui possède 25 à 30,000 francs de rentes, vend des médicaments à tout venant et aussi cher que n'importe quel pharmacien; j'en sais quelque chose, puisque les malades que j'ai dans ce canton y prennent leurs remèdes : aussi aucun médecin n'y peut-il vivre; le dernier a quitté, il y a quatre ans.

L'autorisation accordée aux communautés d'avoir un dépôt de remèdes simples a été la cause de tout le mal, ces saintes femmes abusant sans vergogne de toute liberté qu'on leur laisse. Il serait cependant bien simple et bien facile de leur défendre d'avoir chez elles aucun dépôt de médicaments simples ou composés, sous quelque prétexte que ce soit.

Si on se décide à une enquête sérieuse, on aura peine à croire qu'un semblable état de choses a pu durer aussi longtemps et on comprendra mieux par quels moyens et avec quelles ressources ces pauvres sœurs de charité acquièrent des rentes et se bâtissent de si belles habitations.

Sous les noms les plus divers, et sous prétexte d'instruire les enfants, ces communautés ont fini par envahir tout ce pays, c'est un devoir et ce serait un honneur pour la République d'appliquer à cette lèpre un remède efficace.

Veuillez agréer, etc.

E. FROUIN.

St-Nicolas-du-Pelem, 21 mars 1880.

III

LE SECRET PROFESSIONNEL

Très honoré Directeur

Aux cas cités par le Dr Lachize dans son article sur le secret professionnel, permettez-moi d'en ajouter deux autres plus récents que j'emprunte à la *Gazette hebdomadaire* 1876.

1° M. le Dr Berrut avait déclaré un enfant sans donner le nom de la mère et sans indiquer la maison où avait eu lieu l'accouchement. Le maire du VIIe arrondissement refusait de recevoir cette déclaration. Le tribunal donna droit au Dr Berrut (*Gaz. heb.* p. 2 et 4).

2° Une sage-femme de Toulon avait présenté à l'hospice de cette ville un nouveau-né assez gravement malade. L'enfant guéri, l'hospice voulut le rendre; mais la sage-femme refusa de reprendre l'enfant, et, se retranchant derrière l'obligation du secret professionnel, refusa également de faire connaître le nom de sa mère.

Le tribunal, reconnaissant que la sage-femme n'avait employé aucune manœuvre dolosive de nature à surprendre le consentement des membres de la commission,....; qu'elle s'était présentée en

sa qualité d'accoucheuse en déclarant que l'enfant était né de parents inconnus, ce qui indiquait suffisamment qu'il était abandonné, » renvoya la sage-femme des fins de la plainte et condamna la commission administrative aux dépens (*Gaz. hebd.* p. 400).

Je profite de la circonstance pour vous dire à mon tour combien je trouve utile et importante la lecture du « *Concours* ». Les journaux de médecine ont le tort de négliger le côté professionnel, il faut cependant vivre ; c'est un détail que l'on oubliait.

Veuillez agréer, etc. Dr Lemaire

IV

LA PROFESSION MÉDICALE

Mon cher confrère,

Avant d'être ici, j'exerçais dans une résidence fort agréable, d'ailleurs, mais où mes recettes ne s'élevaient guère qu'à 7,000 fr. et encore pas tout à fait, puisque la moyenne des 5 dernières années était de 6,700 fr. environ. Cela ne me suffisait pas, et si je n'avais pas eu des ressources personnelles, je n'aurais jamais pu joindre les deux bouts. Il me fallait nécessairement cheval et voiture, car on rayonnait jusqu'à 12 ou 14 kilomètres. Quand je ne perdais que 35 ou 40 0/0 sur mes honoraires, je devais m'estimer content. Par conséquent, j'inscrivais quelque chose comme 11,000 fr. sur mes livres. — Quand cela eut duré quelques années et que je vis de plus en plus que je faisais la guerre à mes dépens, je commencai à me considérer comme le plus malheureux des médecins du monde entier : je songeai alors sérieusement à changer de résidence. Je l'ai fait dans de bonnes conditions et m'en applaudis fort aujourd'hui, puisque, dans ma résidence actuelle, où je ne dépense pas davantage, n'ayant pas besoin de voiture, je fais plus que doubler mes recettes et ne perds pas 100 fr. par an. J'ai donc bien fait. Mais, et c'est ici que je voulais en venir, jamais je n'aurais osé faire pareille chose et exécuter une telle résolution si j'avais eu connaissance du dossier que je suis en train de terminer et que je dois à votre obligeance. Loin alors de voir en moi un des pelés et des galeux de la profession, déshérité de toute chance, je me serais considéré comme ayant atteint une très bonne moyenne. Et en présence des révélations lamentables que contient cette enquête, je n'aurais jamais osé, je le déclare nettement, tenter la fortune ailleurs, craignant de tomber plus mal encore. Sans doute je me disais bien quelquefois qu'il pouvait se faire que par le monde il s'en trouvât dont le malheur approchât un peu du mien : mais jamais je n'aurais cru qu'il y eut des situations comme celles dont je vient d'avoir connaissance. Ah ! vous pourrez vous vanter d'avoir rendu un rude service à la profession si vous parvenez jamais à donner au corps médical la cohésion nécessaire et efficace pour arriver à être maître de la situation ! Malheureusement il y a bien des obstacles à cela. Je vois poindre dans les réponses de l'enquête une foule d'aspérités plus ou moins accusées qui accentuent ces malheureuses divisions dont nous souffrons tant. La politique d'un côté, les intérêts personnels mal compris d'autre part, en voilà déjà bien assez pour que l'on demeure sourd à toute tentative de conciliation. Et puis, il faut bien le dire, les heureux et privilégiés de la profession ne font pas toujours de leur côté tout ce qu'ils devraient pour tendre aux autres une main secourable. Ils se cantonnent dans un optimisme somnolent qui a bien son charme assurément, mais que je trouve bien peu généreux. Du moment qu'ils sont heureux, qu'ils ont tout ce qu'il leur faut, et même plus, les autres doivent se trouver heureux pareillement, s'ils ne le sont pas, c'est, ce doit être leur faute. Qu'ils travaillent et se donnent du mal, ils ne peuvent manquer d'arriver : et s'ils n'arrivent pas, eh bien ce doit être beaucoup leur faute. Hélas, que de fois j'ai entendu tenir ce raisonnement par des gens auxquels il ne manquait rien et qui souvent n'avaient eu qu'à se baisser pour trouver tout à portée de leur main ! Je voudrais bien les voir tenir, seulement pendant six mois, la place de ces confrères qui, obligés d'avoir un cheval pour leur clientèle, arrivent à encaisser 1800 fr. par an. C'est à se demander avec stupeur comment ils peuvent manger du pain. — Bref, l'étude de cette enquête est profondément triste et lamentable. J'en ai le cœur gros et ne puis penser sans une amère tristesse au sort malheureux et presque toujours immérité de tant d'hommes intelligents ! — Je me propose de vous retourner sous pli, ce dossier si fécond en enseignements. Je l'ai étudié à divers points de vue et suis en train de résumer mes impressions. Mais tout en restant sous l'influence pénible de ces révélations, je vous remercie bien sincèrement de m'avoir fait connaître ainsi la vie médicale telle que je ne la soupçonnais même pas, etc.,

Agréez... etc. Dr L.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ALLEMANDS

I.

W. Prentifs : De l'influence de la pilocarpine sur la couleur des cheveux.

Plusieurs auteurs ont prétendu que la pilocarpine avait une influence certaine sur la production des cheveux et on en a fait des expériences sur des animaux. Une observation particulière sur le changement de couleur produit par cette substance a été faite par l'auteur. Une malade aux yeux bleus et aux cheveux blonds suivait un traitement énergique à la pilocarpine par la méthode hypodermique : douze jours après le commencement de la médication, on remarqua un changement de la couleur des cheveux qui alla en s'augmentant rapidement. Le 26e jour, ils étaient brun foncé, et, quatre mois après, quand tout traitement eût été abandonné depuis neuf semaines, d'un noir parfait. L'examen microscopique, montra des cheveux d'une texture normale seulement épaissis et plus riches en pigment. Les poils du

corps étaient plus foncés mais à un degré moindre que les cheveux. Les yeux aussi étaient devenus d'un bleu plus foncé.

Berner. — Empoisonnement par la duboisine. L'auteur a observé sur lui-même, après une seule instillation d'une solution de duboisine à 1 pour cent, des effets toxiques pendant plusieurs jours. Dix minutes après l'emploi du médicament, la vue se troubla, tous les objets parurent petits et éloignés et la pupille de l'œil non instillée se dilata jusqu'au maximum.

L'accomodation fut pervertie, il y eut de la photopsie, du vertige et un sentiment de pressiou sur les tempes. La mémoire fut affaiblie, l'intelligence obscurcie, il y eut de l'agitation, mais pas de délire. Les autres symptômes furent : pâleur de la face, refroidissement des ailes du nez, bourdonnement d'oreilles et surdité, sécheresse de la bouche et de la muqueuse naso-pharyngienne, sans soif. La voix était affaiblie et prit un timbre particulier comme chez des personnes parlant du nez. La respiration devint stertoreuse dans le décubitus dorsal et s'accéléra ainsi que le pouls (P. de 80 à 88). On observa également, de la parésie des bras et des jambes, une sensation de froid et de faiblesse, de la pâleur, du refroidissement et plus tard de la chaleur des doigts et des orteils, des vomissements (deux fois) et une diurèse abondante une heure et demie après l'instillatiou. Les symptômes graves durèrent de trois à quatre heures et firent place à une dépression et à une irritabilité qui existaient encore le jour suivant. La parésie de l'accommodation se perdit du quatrième au cinquième jour pendant que la dilatation de la pupille de l'œil non instillé se maintint encore un ou deux jours. Ce cas et les expériences faites sur les animaux montrent que l'action toxique de la duboisine est beaucoup plus forte que celle de l'atropine et de l'hyosciamine, puisque Ladenburg prétend que la duboisine et l'hyosciamine sont identiques.

(Extrait de l'Allgemeine Medicinisch und Centralzeitung.)

Dr Fischer.

II

Revue des journaux Américains.

De l'em loi de l'Ophthalmoscope dans le diagnostic des maladies du cerveau.

Le Dr Coleman, dans uue lecture faite devant les membres de l'Association médicale du Canada, à Italifar, appelle l'attention de ses confrères sur les services que peut rendre l'examen ophthalmoscopique dans cette classe de maladies dont le diagnostic est habituellement si difficile (1).

Après avoir décrit, d'après les spécialistes les plus éminents, la terminaison du nerf optique dans le fond de l'œil, c'est-à-dire le disque optique, ou la *papille*, il considère les changements qui peuvent y survenir sous l'influence des maladies cérébrales et spinales : ce sont, la *cong stion simple*, l'*inflammation*, et l'*atropie*.

1° La *congestion simple* peut varier de la plus légère hypérhémie, qui peut être accidentelle et passagère, à une hypérhémie complète et durable, accompagnée d'œdème. Celle-ci est caractérisée par une rougeur anromale qui a une tendance à brouiller les bords du disque ou papille. Pour mieux en juger, on doit recourir à l'examen comparatif des deux yeux, on voit ainsi plus facilement celui dont la rougeur est plus vive et s'accroît d'un moment à l'autre.

Cet état précède ordinairement l'atrophie de la papille. Il est souvent l'expression d'un état de congestion et de dégénérescence du nerf optique tout entier. Il est aussi le premier degré de l'amaurose due à l'abus du tabac, dont le dernier degré est l'atrophie de la papille.

2° L'*inflammation*, ou névrite du disque ou *papillite*, offre les mêmes symptômes que la congestion, mais plus développés. Ses principales causes sont les tumeurs cérébrales, la méningite, l'hydrocéphalie. Au premier degré, le disque est moins boursoufflé, et moins rouge et l'on peut encore aisément en distinguer les bords ; tandis qu'au second degré, dans la papillite intense, la couleur du disque est tellement confondue avec celle des parties environnantes de la choroïde, qu'on ne peut guère généralement apercevoir que les points de convergence des vaisseaux rétiniens. L'affaiblissement ou la perte totale de la vue est le principal symptôme de cette névrite.

Pourtant on peut rencontrer cette affection sans affaiblissement de la vue. Le symptôme douleur est rare. Ordinairement, la vision commence à baisser dans un œil, et la vue peut disparaître complètement en peu de jours, ou s'affaiblir graduellement. Souvent il y a diminution de l'étendue du champ visuel ; quelquefois daltonisme. La névrite due à une tumeur est double, rarement unilatérale. Le Dr Jackson a remarqué que le commencement de la *papillite* coïncide souvent avec une recrudescence manifeste des autres symptômes de la tumeur cérébrale ; la papillite serait ainsi l'un des derniers symptômes de cet état pathologique. A l'appui de cette dernière assertion, on peut citer le cas rappelé par le Dr Jackson. Un malade présentait depuis neuf ans les symptômes d'une tumeur cérébrale ; durant les trois dernières années de sa maladie, ses yeux furent examinés à plusieurs reprises ; et les papilles, ou disques optiques, furent reconnues normales. Six semaines seulement avant sa mort, on constata la papillite. Ce signe paraît donc avoir, comme pronostic, une valeur considérable.

3° *L'atrophie* est primitive, ou consécutive à

L'atrophie primitive de la papille est plus fréquemmeut liée à l'ataxie locomotrice qu'aux autres affections cérébrales. Souvent elle apparaît sans cause apparente ; quelquefois à la suite d'un coup, d'une violeuce sur le yeux. Le Dr Allbut pense que l'atrophie primitive est généralement due à une *tumeur de la base* ou bien à une hydropisie ventriculaire, c'est-à-dire, à des causes qui peuvent comprimer, ou séparer les nerfs optiques en quelque point de leur trajet. Beaucoup d'auteurs, entre autres Critchett, Wordsworth, Hutchinson et Coleman, pensent que l'abus du tabac est uue des causes les plus fréquentes de l'atrophie des disques. Les signes de l'atrophie sont la pâleur et une dépression plus considérable du disque, et le rétrécissement ou la disparition des capillaires. Quand l'atrophie est bien prononcée, la vision est affaiblie, et presque toujours plus d'un côté que de l'autre. Le champ de la vision diminue également d'une façon irrégulièrement concentrique. Fréquemmeut aussi, on trouve que la perception des couleurs est défectueuse; c'est-à-dire qu'il y a daltonisme.

(1) L'auteur américain ne mentionne pas les travaux du docteur Bouchut sur ce sujet.

Quant aux théories émises pour expliquer le mécanisme de la papillite, elles sont assez nombreuses; mais elles peuvent se raoporter à deux types principaux. Selon les uns, Von Grœfe en tête, cet état de la papille serait dû à l'augmentation de la pression de la tumeur intra-cranienne, qui empêche le retour du sang de l'œil à travers les veines ophthalmiques, en comprimant les sinus caverneux. Schmidt et Manz, dont la théorie est généralement admise en Allemagne, attribuent le même effet à la pression du liquide subarachnoïdien, qui serait augmenté de volume, et qui refluerait à travers les espaces subarachnoïdiens jusque dans la gaîne du nerf optique; d'où également compression des veines rétiniennes. Selon d'autres, enfin, Brown-Séquerd entre autres, la papillite serait due à une *action reflexe* exercée par la tumeur cérébrale considérée comme source d'irritation des vaso-moteurs de la rétine.

Le Dr Coleman termine sa lecture en citant trois cas traités par lui dans son hôpital.

1o *Ataxie locomotrice* ancienne, due à l'abus du tabac. — Signe ophtalmoscopique, atrophie grise des deux disques. — Après deux mois de traitement par la strychnine, le nitrate d'argent et le croton-chloral, le malade sort avec la vue bien améliorée, mais non guéri de son ataxie.

2o *Sypiylôme à la base du cerveau* enveloppant les nerfs optiques. — Cécité complète. — Signes ophthalmoscopiques : atrophie blanche des deux disques. — Après cinq mois de traitement indo-mercuriel, la malade voit assez pour se conduire, et pour compter les doigts de la main à deux pieds.

3o *Tumeur du cervelet*, enveloppant les tubercules quadrijumeaux. — Signes ophthalmoscopiques: névrite optique intense, avec hémorrhagie et infiltration du disque rétinen. — Le patient peut encore compter les doigts à une distance de deux pieds avec l'œil droit, et à une distance de douze pieds avec l'œil gauche. — Aucun traitement ne fut suivi, le malade ayant exigé son excat peu de temps après son entrée. (« *Canada medical andsurgical journal.* » *Oct. 81.*)

Anomalies de l'artère obturatrice.

Le docteur Leuf, (*de Brooklyn*), rapporte les trois observations suivantes, qui offrent un grand intérêt pour tous ceux qui s'occupent de l'opération de la hernie crurale étranglée. Elles ont été faites dans l'amphithéâtre de dissection de « *Long Island collège hospital.* »

Sur le 1er sujet l'artère obturatrice des deux côtés naît du côté interne de l'artère fémorale, à 1 centimètre au-dessous du ligament de Poupart; de là elle s'avance en longeant le côté interne de la veine, et passe à travers l'anneau fémoral en s'accolant au bord du ligament de Gimbernat. Une fois sorti de l'anneau, les deux vaisseaux suivent leur trajet normal.

Sur le 2e sujet, les deux artères obturatrices naissent immédiatement au-dessous du ligament de Poupart; il est même difficile de dire si elles viennent de l'iliaque externe ou de la fémorale ; puis elles descendent immédiatement pour former une sorte de boucle d'un centimètre de diamètre environ. Des deux côtés, cette boucle et ces branches sont situées entre l'artère et la veine fémorales.

De là elles passent à travers l'anneau en contournant l'éminence pectinée, en arrière de la veine et tout contre l'artère fémorale. A partir de là, le trajet et les rapports des deux vaisseaux sont nouveaux. On voit que dans ce 2e cas, il n'y aurait guère d'hémorrhagie à craindre, en pratiquant les incisions dans la direction ordinaire.

Sur un 3e sujet, l'artère obturatrice du côté droit, naît de la fémorale à son origine et pénètre dans le bassin par le côté interne de l'anneau. Du côté gauche, l'artère obturatrice ne diffère de sa congénère que par son origine, qu'elle tire de la portion inférieure de l'iliaque externe. (« *Annales of anatomy and surgery* » *novembre 81.*)

Traitement de la goutte subaiguë et chronique.

Le Dr Alexanoer Hannen, du « *Presbiterian hospital* » de New-York, rapporte six cas de goutte subaiguë et chronique traités avec succès par une méthode toute nouvelle et qui paraîtra en contradiction, au moins partiellement avec les idée admises jusqu'ici. D'abord abstinence complète de légumes, surtout des légumes ou fruits sucrés et farineux et *nourriture exclusive avec la viande*; puis, comme traitement externe, application sur les articulations malades de linges imbibés d'une *solution alcaline.*

Passe encore pour l'abstinence complète des aliments sucrés ou féculents; on peut aussi, et surtout, admettre l'interdiction des boissons alcooliques; on peut également accorder une certaine influence aux fomentations tièdes et alcalines sur les articulations malades. Mais ordonner la diète animale, c'est-à-dire un régime exclusivement composé de viandes, cela ne paraîtra pas tout de suite admissible. Pourtant, le Dr Hadden, qui ne rapporte que ses six derniers cas, compte un grand nombre de succès par ce traitement. Les raisons qu'il en donne, tirées de la chimie, seront diversement appréciées par les savants; mais il s'appuie aussi sur des faits qu'on ne pourra guère facilement contester. C'est que, parmi les animaux, ceux qui sont le plus sujets à la goutte, dans les articulations desquels on trouve le plus souvent des *dépôts tophacés* sont ceux qui ne mangent jamais que des herbes ou des fourrages en grain, ou des graines seulement : volailles, vaches et chevaux; tandis que les animaux, quadrupèdes ou volatiles, qui sont exclusivement carnivores, ou à peu près, sont toujours indemnes de la goutte et de toute espèce de concrétion articulaire

(*Tiré du Medical Record*, 1er *oct.* 1881).

Dr Pombourcq.

COURRIER

L'abondance des matières nous a empêché de publier plus tôt l'observation suivante :

Monsieur et cher confrère

Parlant du président Garfield, un de vos collaborateurs écrivait dernièrement : « autant que nous pouvons en juger, M. Garfield a été miné par ce que nous appelons en France la fièvre hectique. *Malgré cela*, les chirurgiens prétendent que la blessure est en voie de cicatrisation et fournit une suppuration normale. »

A rapprocher : je viens d observer tout dernièrement le fait que voici :

Un homme de 56 ans, à la suite d'une piqûre du pied, est pris d'une adénite et périadénite gangréneuse de l'aîne. Peu de jours après l'ablation de l'eschare, plusieurs formidables frissons durant chacun des heures..., en un mot, il se faisait, par contiguité, une phlébite de la fémorale. La fièvre s'allume, tantôt intense et par accès, tantôt minante et continue, 41° passés dans le premier cas, 38°, à l'ordinaire, dans le second. Infiltration du membre, asthénie, inappétence absolue, décoloration, autophagie rapide; un peu plus tard, arthrites suppurées du coude et de l'épaule du même côté. Bref, après trois semaines le malade succombait dans la dernière période de l'amaigrissement et du marasme.

Mais, voici où j'en voulais venir : pendant tout ce temps, la plaie de l'aîne, large comme la paume de la main à l'origine, à aucun moment ne cessa de marcher vers la cicatrisation, la suppuration peu abondante, mais de bonne nature, ne tarit aucunement, et le malade succomba au moment où les deux bords, à peine séparés par une largeur de quelques millimètres de surface granuleuse rosée, allaient se réunir. Il semblait que le seul effort, dont l'organisme fut capable, était dirigé de ce côté.

Il y a là une grande différence d'avec ce qui se passe dans l'infection purulente ordinaire, dans laquelle le symptôme le plus constant, on pourrait dire le plus caractéristique, est le dessèchement initial et durable de la plaie par laquelle est entrée la mort.

Cette différence, ici, s'explique en ce que la mort n'est pas venue de la plaie gangréneuse elle-même, mais, (par suite d'une cause réfléchie), de la phlébite suppurée à laquelle celle-ci avait donné naissance.

Une autre petite remarque que je voudrais faire à propos de ce cas est la suivante: d'après mon observation bien restreinte encore, mais formelle, il y aurait cette différence capitale entre le frisson des fièvres intermittentes et celui des septicémies diverses, que, dans les premières le frisson s'accompagne de froid; dans l'infection purulente, au contraire, ce serait un simple tremblement involontaire, une agitation nerveuse d'ordre purement moteur, la sensibilité n'y serait pour rien, ce seraient les muscles de la vie de relation, innervés par les cordons émanés de la moëlle, qui seraient influencés et non les fibres du derme (frisson palustre) influencées elles, par le sympathique.

Je suis loin de vouloir dire qu'il en soit toujours de même. Ce que je puis affirmer, c'est que, dans plusieurs cas que j'ai observés à ce point de vue, il en a été ainsi; cela créérait déjà une différence entre ces sortes de frissons et ceux des fièvres palustres dans lesquels la sensation du froid est immanquable et souvent même existe seule en ce qui touche la première période.

Si j'insiste sur cette distinction, c'est que je n'ai pas mémoire de l'avoir vue signalée dans les auteurs, malgré l'intérêt clinique qu'elle me semble présenter. Dr C. Pineau.

Château d'Oléron (Charente-Inférieure).

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

SYNDICAT DE LA GIRONDE, DE LA DORDOGNE ET DE LA CHARENTE.

Cercoux, le 6 décembre 1881.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous exprimer mon étonnement que vous partagerez j'en suis sûr, de ce que le département de la Charente-Inférieure, qui compte un si grand nombre d'adhérents au *Concours Médical*, n'ait encore aucun syndicat constitué, ou même en voie de formation. Au nombre de trois, relégués à l'extrémité du département, sans communications rapides avec les chefs-lieux d'arrondissement et de département, nous avons été obligés de nous réunir à nos confrères de la Gironde, de la Dordogne et de la Charente pour former un syndicat; lequel, grâce aux efforts de chacun, et le *Concours médical* aidant, n'a fait que croître. Comme on vous le dira certainement avec plus de détails, à notre dernière réunion, tenue à Libourne, assistaient une quarantaine de médecins.

Quand donc nos confrères comprendront-ils leurs véritables intérêts et de membres ou adhérents platoniques des idées défendues par le *Concours*, deviendront-ils membres actifs? Il y a pourtant fort à faire dans notre département, où vaccination, médecine des indigents médecine des enfants assistés, rien n'est rétribué, où dame justice nous requiert à chaque instant pour des contatations, qu'elle ne paie que s'il y a une suite donnée.

Ah! si nous nous refusions à la corvée que d'articles poudreux elle sortirait de l'arsenal des lois pour nou faire payer le plus chèrement possible nos velléités d'indépendance.

Combien j'entends de mes confrères se plaindre de l'ingratitude des clients, de la difficulté des rentrées : pour moi, le meilleur moyen connu pour remédier à ces maux, c'est le syndicat.

Mais, s'il y a des idées qui s'imposent d'elles-mêmes, il y en a d'autres qui ont besoin d'être enseignées et surtout propagées. Je vous donne les noms des médecins de ma connaissance, auxquels il faudrait envoyer quelques numéros spécimens du *Concours* traitant des syndicats..... etc... N° 1875. Dr H. Brung.

Vous avez dû remarquer un passage de la correspondance n° 50 qui vous donne un commencement de satisfaction.

II

SYNDICAT DE LA NIÈVRE.

Cosne, le 30 novembre 1881.

Très honoré confrère,

Vous avez sans doute reçu du docteur Mignot des nouvelles de notre syndicat dont il est le second père, puisque c'est à vous que revient l'honneur d'avoir le premier groupé les médecins et leur avez suggéré l'idée de se réunir en syndicats pour la défense de leurs intérêts.

Je ne veux donc pas faire double emploi avec mon confrère de Pougues, je me contenterai de vous dire qu'à

la suite de la réunion de Nevers dont il vous a parlé probablement, nous avons eu jeudi dernier une première réunion *locale* entre médecins de Cosne et que laissant aux réunions d'arrondissement ou de département le soin d'élaborer des statuts plus ou moins compliqués, nous avons, entre nous, couru au plus pressé, c'est-à-dire que nous avons jeté les bases d'un tarif d'honoraires notablement plus rémunérateur que notre ancien. Cette réunion sera suivie d'une ou plusieurs autres dont la première aura lieu demain.

Nous voici donc dans la voit du progrès. Je n'osais pas espérer que cela irait si vite. Agréez, etc.

Dr Valois.

III

UN ÉCUEIL A ÉVITER.

Mon cher confrère,

Les *syndicats médicaux* étaient un besoin urgent; leur création devait être le premier but auquel le *Concours médical* devait tendre; mais un grand écueil était à éviter dans leur organisation et je crois, comme vous semblez le dire aussi, que plusieurs *syndicats* ont eu le tort de vouloir tout réglementer du premier coup. Certainement les questions d'honoraires et de rapports de médecin entre eux sont des préoccupations très légitimes mais ce sont là des affaires qui viendront en leur temps, l'organisation d'un syndicat ne doit que consacrer l'*union confraternelle* et la *solidarité professionnelle*. C'est là le grand remède, puisque le grand mal est la désunion est un peu la jalousie professionnelle avec tous ses fruits, tout le reste viendra de soi.

Soyez unis et rendez vous solidaires, tout est là ! Dans un tout autre ordre d'idée, Saint Augustin exprimait la même pensée : *ama et fac quod vis.*

Je tenterai de vous envoyer un projet de *statuts généraux* copiés en partie sur ceux de la société médico-scientifique du Pas-de-Calais, ces statuts sont très généraux, trop peut-être, mais ils sont amplement suffisants pour des règlements qui doivent suivre et surtout pour l'établissement de l'union et de la cohésion professionnelle du médecin.

Agréez, etc.

Dr Cauchy à Bapaume (Pas-de-Calais).

29 nov. 81.

IV

SYNDICAT GÉNÉRAL.

Brioude, le 28 novembre 1881.

Mon cher Confrère.

Je partage votre manière de voir et celle de notre confrère Dulaurier sur la composition d'une commission d'un *syndicat général* qui aurait à s'occuper de toutes les questions générales professionnelles qui lui seraient soumises par les bureaux des syndicats locaux, et qui correspondrait avec eux par l'intermédiaire du *Concours.*

Comptez donc sur mon dévouement le plus complet pour aider à porter des réformes utiles dans la pratique professionnelle qui devront améliorer le sort de beaucoup d'entre nous. Isolés, et ayant à lutter chaque jour contre de nombreuses difficultés, ils trouveront non-seulement des défenseurs, mais des appuis sérieux dans les *syndicats locaux* et dans la commission d'un *syndicat général.*

Recevez, très honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr E. Noir.

V

SYNDICAT DE LA CHARENTE.

Angoulême, le 1er décembre 1881.

Très honoré Confrère et cher Directeur.

A l'issue de la Réunion de l'*Association locale de la Charente*, une vingtaine de Confrères, venus de tous les points du département, se sont entretenus de la question de formation d'un syndicat.

Une commission a été nommée, chargée de préparer les statuts et de présenter un rapport dans trois mois.

Recevez l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr H. Nadaud.

AVIS

Notre confrère belge, M. le Dr Vindevogel, nous informe que le comité de rédaction du nouveau journal bi-mensuel belge, intitulé l'organe de la *Confraternité médicale*, qui paraîtra en janvier, a décidé de réduire le taux de l'abonnement de six à quatre francs, pour tous les médecins, membres du *Concours Médical*.

M. Vindevogel, directeur de ce journal, nous fait l'honneur de nous dire que sa feuille se propose de suivre un programme analogue à celui du *Concours Médical*. Notre confrère désire consolider les liens de confraternité et de solidarité qui unissent entre eux les praticiens de deux nations amies.

Nous souscrivons bien volontiers au vœu de notre honorable correspondant. Les demandes d'abonnement doivent être adressées à M. le Dr Vindevogel, directeur, avenue de la Toison d'Or, 103, Bruxelles.

MARIAGE

Nous avons l'honneur d'annoncer à nos confrères le mariage d'un membre du *Concours*, M. le Dr G. Desmaroux, de Ricros (Allier), avec Mlle Collas.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le Dr Possémé, membre du *Concours Médical*, à Redon (Ille-et-Vilaine).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

24 Décembre 1881 — 3me Année. — N° 52

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *H. Guéneau de Mussy* a lu à l'Académie une note sur *quelques cas de fièvre typhoïde causés par l'usage du lait de vaches dont les étables communiquaient avec des fosses d'aisance contenant des déjections typhiques.*

M. *Panas* communique une observation intitulée : *Elongation du nerf sciatique devenu névromateux et provoquant des douleurs vives, accompagnées d'épilepsie spinale, à la suite d'un coup de couteau qui avait divisé le nerf; guérison.*

Sur le point anciennement lésé, et actuellement cicatrisé, existait un renflement névromateux fusiforme de 5 centimètres de long. Le crochet fut placé entre le névrome et la partie centrale du nerf : la traction fut faite à deux reprises et portée chaque fois jusqu'à 20 kilogrammes. Pansement de Lister. Dès le lendemain les douleurs avaient disparu et la guérison s'est maintenue depuis 4 mois.

Après deux autres intéressantes communications, l'une de M. *A. Guérin* sur le *dernier temps de l'excrétion de l'urine et du sperme*, l'autre de M. de *Pietra-Santa*, sur la *valeur préservatrice du vaccin animal*, M. *Léon Colin* reprend la discussion sur les *rapports du diabète avec le paludisme.* L'orateur affirme que les statistiques militaires sont absolument en contradiction avec les idées présentées par M. Verneuil. Sans doute la ténacité de l'intoxication palustre est hors de doute, mais beaucoup des accès tardifs dont on a parlé pourraient bien être le fait d'une intoxication nouvelle passée inaperçue. On a attribué, ajoute-t-il, bien des maladies à l'impaludisme, entre autres, le choléra, la peste, la fièvre jaune, toutes les affections dites infectieuses, dont la cause est très différente de l'impaludisme. Les formes pernicieuses des manifestations de l'impaludisme sont relativement assez rares, et elles sont loin de conserver le type périodique sur lequel on prétend baser leur diagnostic. Très souvent, au commencement de son séjour en Algérie, M. Colin a vu arriver à la visite du matin des malades offrant tous les symptômes d'un accès pernicieux, soit coma, soit délire, soit algidité. Souvent le soir il revenait, partagé entre la crainte d'une issue funeste et l'espérance d'une rémission des symptômes, et trouvait le malade dans le même état. L'accès durait encore avec la même intensité sans rien qui indiquât une périodicité quelconque de l'appareil morbide. Il faut donc, pour reconnaître les accès vraiment pernicieux, savoir tenir compte de leurs autres symptômes, spécialement de la mélanémie dont les travaux de Frerichs, Kelsch, etc., et ceux de M. Colin lui-même ont prouvé la grande importance. Ce sont les accès fébriles périodiques simples qui constituent la complication la plus fréquente dans les cas de traumatisme accidentel ou chirurgical, observés dans les foyers de malaria. Il est à noter que les opérations, qu'on pourrait appeler de contact, cathétérisme uréthral, exploration de fistule, etc., provoquent plus souvent

ces accès fébriles que les opérations sanglantes, ce qui ne semble pas étrange si l'on se rappelle que des accidents analogues apparaissent souvent chez des sujets vierges d'impaludisme.

D'ailleurs, chez les malades impaludés, le traumatisme chirurgical est loin d'offrir les dangers qu'on lui attribue. Dans des expéditions en Algérie, les plaies d'amputation ont guéri avec une merveilleuse rapidité, grâce à la douceur de la température qui favorisait la cicatrisation et permettait de conjurer les dangers d'infection purulente par l'aération des malades.

M. le professeur Verneuil se réserve de répondre à M. Colin dans la prochaine séance.

Election. — M. *Ladney* (de Dijon) est élu membre correspondant de l'Académie pour la section de physique et chimie médicale.

D[r] J. GEOFFROY.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉFLEXIONS SUR LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES A FORME NÉVRALGIQUE

I

Nous prenons soin de circonscrire notre sujet; car la question des écoulements de sang par l'utérus est si vaste et si complexe qu'il serait puéril d'en vouloir aborder les différents détails dans les étroites limites d'un article de journal. Nous désirons seulement signaler à nos lecteurs certains travaux pleins d'intérêt que ces dernières années ont vu paraître, et qui se rattachent à un point très curieux de pathologie générale.

Quand on lit les articles des dictionnaires ou les chapitres des traités de maladies des femmes consacrés au traitement des hémorrhagies utérines, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'uniformité et presque de la banalité des moyens thérapeutiques prescrits; et cette uniformité fait un contraste singulier avec la multiplicité des causes, auxquelles les auteurs rattachent les dites hémorrhagies. Aussi, qu'arrive-t-il ? Un jeune praticien, encore dépourvu d'expérience personnelle, se trouve fort embarrassé en face de cet arsenal, à la fois trop riche et trop pauvre en armes, dont le maniement n'est pas assez clairement expliqué; il en prend une presque au hasard, et ce n'est pas merveille si dans bien des cas, elle demeure dans ses mains absolument inutile, *telum imbelle sineictu.*

Prenons un exemple. Nous ouvrons tous les formulaires à la page : Traitement des métrorrhagies, et, le livre une fois refermé, il nous reste cette impression qu'on pourrait écrire victorieusement l'équation suivante : Métrorrhagie : Ergot de seigle, formule satisfaisante pour ceux qui ont une tournure d'esprit mathématique. Fiez-vous à la formule, prescrivez fièrement une préparation d'ergotine, et..... il vous arrivera plus d'une fois de n'amener aucune amélioration dans l'état de votre malade.

Supposons, en effet, que l'écoulement sanguin soit lié à la présence, dans la cavité utérine, d'un fibro-myôme pédiculé, qui, jouant le rôle de la classique épine de Van Helmont, serve de point d'appel à la fluxion hémorrhagipare. *Ubi stimulus, ibi fluxus*, dit l'adage. Supprimez le stimulus et le flux cessera. Mais, hors que vous enleviez le polype, nous ne concevons pas que la médication interne puisse être suivie d'un heureux effet; quand même on donnerait une forte dose d'ergot de seigle, d'ergotine, voire d'ergotinine,

Tous les juleps du monde ici ne feront rien,

comme dit à peu près Elmire à Tartuffe.

En dehors même de ces cas d'une évidence qu'on peut appeler chirurgicale, il est toute une classe de métrorrhagies, qui, pour emprunter à M. le docteur Huchard une expression frappante par sa concision familière, « *n'aiment pas l'ergot de seigle.* » Le distingué médecin de l'hôpital Tenon caractérise ainsi (1) ces métrorrhagies qui sont accompagnées d'un cortège de phénomènes douloureux très marqués, dans lesquelles les excitants de la contractilité utérine ne donnent aucun bon résultat, et qui guérissent admirablement par les calmants employés suivant une méthode que nous rapporterons plus loin.

II

Sans doute chez certaines femmes épuisées par d'abondantes pertes de sang, on voit apparaître une série de douleurs névralgiques qui ne reconnaissent pas d'autres causes que l'affaiblissement de l'économie, auxquelles s'applique le mot fameux de Romberg (le cri de détresse des nerfs implorant un sang plus généreux), — et qui réclament impérieusement le traitement tonique. Mais comme nous espérons le démontrer bientôt, les douleurs névralgiques, après avoir été primitivement l'effet des pertes de sang, peuvent devenir à un certain moment, la cause qui contribue à entretenir celles-ci.

Sans doute aussi, particulièrement dans certaines dysménorrhées, chaque époque menstruelle ramène des douleurs que l'écoulement sanguin apaise, et l'on peut penser qu'alors la ménorrhagie juge la douleur. (2)

Mais il nous paraît hors de doute qu'il existe aussi un groupe de « métrorrhagies à forme névralgique » où c'est la névralgie qui est la cause de la métrorrhagie et qui, par conséquent, est le principal obstacle à la guérison.

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, avril 1881.

(2) A. Potheau. Thèse de Paris, 1873.

Pour légitimer cette opinion, qui d'ailleurs se réclame des noms les plus autorisés parmi les praticiens ayant étudié les maladies utérines (1), il est nécessaire de faire appel à diverses notions de pathologie générale.

Nous citions tout-à-l'heure l'axiôme « *ubi stimulus, ibi fluxus.* » Mais le stimulus n'est pas toujours un agent mécanique, comme la fameuse épine de Van Helmont ou le polype intra-utérin que nous prenions comme exemple, il n'y a qu'un instant. Le stimulus peut aussi être d'ordre dynamique ou fonctionnel, et l'axiôme énoncé plus haut se complète par cet autre qui en est comme le corollaire. « *Ubi dolor, ibi fluxus.* »

Il y a bien longtemps que les médecins ont signalé les phénomènes congestifs qui apparaissent dans le cours de certaines névralgies. Pour ne parler que de nos contemporains, le Dr Notta, (2) décrivant les lésions fonctionnelles que peuvent provoquer les névralgies, a insisté sur la congestion oculaire et le larmoiement qui accompagnent si souvent la névralgie de la cinquième paire. Qui ne connait l'expérience fameuse de Cl. Bernard sur le cervical sympathique, point de départ de l'étude physiologique des congestions dans leurs rapports avec le système nerveux?

Les névralgies, dit M. le professeur Vulpian, peuvent donner lieu à des congestions plus ou moins étendues, lesquelles se produisent évidemment par la médiation de l'appareil vaso-moteur.

Si, dans la plupart des cas, la réaction vaso-motrice se fait dans la sphère même du nerf excité, elle peut également s'effectuer dans un point éloigné de celui qui est le siège de l'excitation (3). En écartant pour un instant l'élément douleur, nous citerons comme exemple de congestions à distance, la rougeur de la pommette dans la pneumonie, les plaques érythémateuses des femmes atteintes de troubles menstruels, l'hématome du pavillon de l'oreille par excitation du sciatique (Brown Séquard). Il n'est pas douteux que ce que nous venons de dire des congestions ne soit applicable aux hémorrhagies qui sont le résultat de congestions excessives.

M. le professeur Parrot explique par ce mécanisme l'hématidrose, ces sueurs de sang des hystériques qui, survenant en l'absence de toute lésion vasculaire, ont tant de fois fait crier au miracle par des gens crédules ou intéressés à exploiter la crédulité publique, ainsi que les ecchymoses spontanées des stigmatisées. Ces curieux phénomènes de vaso-motricité s'accompagnent parfois de troubles névralgiques excessivement intenses, tantôt siégeant au point même où se fait l'hémorrhagie, tantôt dans des régions plus ou moins éloignées.

M. le professeur Verneuil a montré que des névralgies traumatiques pouvaient donner lieu à des hémorrhagies secondaires (4).

(1) Marrotte. Archives générales de médecine, 1860 et 1873.
(2) Notta. Archives de médecine, 1854.
(3) Florez Artéaga. Thèse de Paris, 1881.
(2) Archives de médecine, 1874.

Et d'ailleurs le mode d'activité physiologique propre à l'utérus ne prédispose-t-il pas cet organe d'une manière toute spéciale à être le siège de ces hémorrhagies par excès de congestion et par cause réflexe? Beaucoup de physiologistes ont admis que la menstruation est une congestion vaso-motrice résultant par voie réflexe de l'excitation déterminée sur les centres vaso-moteurs de l'utérus par le développement d'une vésicule de Graaf parvenue à maturité.

M. Marrotte, qui a appelé le premier l'attention sur ces faits de névralgie lombo-abdominale hémorrhagipare, a cru pouvoir expliquer même par ce mécanisme certaines hématocèles péri-utérines.

Veut-on un autre exemple de ces congestions provoquées, et entretenues par des névralgies? « Plus d'un praticien a constaté sans doute ce fait : un malade se plaint d'une violente angine, et, à l'inspection de la gorge, le médecin est très étonné de ne trouver qu'une très légère congestion ou hyperhémie, incapable sans aucun doute de rendre compte des sensations si douloureuses éprouvées par le patient. Il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une véritable angine inflammatoire dans laquelle la douleur est toujours subordonnée à l'inflammation, mais d'une angine névralgique dans laquelle c'est l'inflammation qui au contraire est subordonnée à la douleur névralgique. » (P. Lucas-Championnière). C'est dans la grippe que ces faits ont été le plus souvent observés. M. Huchard a consacré un travail à ces *fébri-névralgies de l'isthme du gosier* (1). Le Dr Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) a publié récemment une note sur le même sujet (2).

Du même ordre sont certaines conjonctivites catarrhales, sans iritis, avec douleurs sus-orbitaires névralgiques qui guérissent mieux quand la médication s'adresse à l'élément douloureux plutôt qu'à la fluxion elle-même.

III

Si nous revenons, avec M. Marrotte, aux rapports de la métrorrhagie avec la névralgie lombo-abdominale, nous verrons qu'on peut envisager divers cas. La névralgie est tantôt primitive, tantôt secondaire. Tantôt il existe d'abord une névralgie utérine qui détermine une congestion de l'utérus ; puis une névralgie lombo-abdominale vient s'y surajouter par une sorte d'extension aux plexus nerveux voisins. La névralgie lombo abdominale n'est alors qu'un épiphénomène de la névralgie utérine. Tantôt la névralgie lombo-abdominale est primitive, indépendante de toute état névralgique de l'utérus lui-même, et n'en détermine pas moins des congestions et des métrorrhagies.

(1) Bull. de thérapeutique, 1874.
(2) Journal de médecine de Bordeaux, mars 1881.

Dans d'autres cas encore l'utérus est atteint de lésions organiques, de métrite par exemple. Cette lésion réagit alors sur la moëlle lombaire dont l'état de souffrance s'accuse par une névralgie lombo-abdominale symptomatique; mais celle-ci une fois constituée, se comporte comme si elle était primitive et provoque à son tour des troubles congestifs et hémorrhagiques du côté de l'utérus; on peut même voir la lésion organique, la métrite s'atténuer, disparaître même tandis que la névralgie abdominale qu'elle a déterminée, lui survit, persiste et domine la pathologie de l'organe (1).

L'existence de ces métrorrhagies d'origine névralgique une fois admise, il reste à préciser le moyen de les reconnaître, puisque nous devons leur appliquer une thérapeutique particulière.

Elles n'ont évidemment pas d'autre caractère pathognomonique que celui qu'elles empruntent à leurs rapports avec un état névropathique, et le diagnostic réside dans la coexistence des deux éléments, douleur et hémorrhagie.

« Il existe, dit M. Marrotte, un rapport proportionnel entre les divers modes de l'écoulement sanguin, et ceux de la douleur névralgique sous toutes les formes; les névralgies les plus douloureuses s'accompagnent, toutes choses égales d'ailleurs, d'une perte plus abondante. Si les accès d'élancement tranchent sur le fond douloureux permanent, c'est à leur apparition que correspondent les poussées hémorrhagiques; le sang continue à couler ou s'arrête complètement dans leur intervalle selon que la douleur persiste ou se suspend. »

Il n'est pas toujours facile de résoudre la question de savoir s'il y a réellement névralgie et si les points douloureux ne se rattachent pas plutôt à des altérations organiques de l'utérus et de ses annexes.

Le col utérin est, comme on sait, pauvre en éléments nerveux, et habituellement insensible ou très peu douloureux, même lorsqu'il présente des altérations inflammatoires. Si donc le doigt porté doucement sur le col provoque une douleur en un point circonscrit, il est très vraisemblable que cette douleur est de nature névralgique; il est essentiel de procéder avec une douceur très grande au toucher vaginal, afin de ne pas faire naître, par ébranlement de tout l'appareil utéro-ovarien, une douleur qui ne serait plus d'ordre névralgique. Il faut aussi, pour qu'on puisse affirmer le caractère névralgique, ne rencontrer aucune induration circonscrite dans les culs de sac.

IV

Arrivons enfin au traitement de ces métrorrhagies à forme névralgique. Lorsqu'on a lieu de penser que l'écoulement sanguin est placé sous la dépendance d'un état névropathique, c'est à l'élément nerveux qu'il faut, avant tout, s'adresser évidemment. « C'est à calmer la douleur que la thérapeutique doit tendre pour diminuer le flux hémorrhagique, *la médication anti-névralgique devient une médication hémostatique* » (Huchard).

C'est pourquoi le sulfate de quinine donne parfois de si excellents résultats; il a en effet une double action, et contre les paroxysmes douloureux à titre d'antinévralgique, et contre l'hémorrhagie aussi à titre de vaso-constricteur (G. de Mussy, Bartharez). Mais proscrivons l'ergot de seigle qui tétanise pour ainsi dire le muscle utérin et ne peut qu'augmenter les douleurs. Recourons aux opiacés, aux solanées vireuses. C'est aux injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine qu'on doit le soulagement le plus prompt, quand les malades n'ont point de répugnance pour ce procédé. L'aconit peut être associé au sulfate de quinine (80 centigrammes du sel quinique et 40 centigrammes d'extrait d'aconit) en pilules.

Le bromure de potassium agira souvent utilement en calmant l'éréthisme du système nerveux et en diminuant l'excitabilité réflexe.

On pourra faire des applications locales, dans les culs de sac douloureux, d'un petit tampon imprégné de liniment calmant laudanisé et belladoné, donner des quarts de lavements laudanisés. Sur les points douloureux de la névralgie lombo-abdominale on pourra utilement porter des révulsifs, petits vésicatoires volants pansés à la morphine.

Bien entendu nous ne parlerons pas de tous les autres moyens usités contre les métrorrhagies en général et auxquels, dans les cas d'écoulement sanguin très abondant, on doit toujours avoir recours, puisqu'on n'a pas alors le temps d'instituer la médication causale. On réussira alors parfois par les moyens les plus opposés, par les applications de sacs remplis de glace sur l'hypogastre comme par des bains très chauds ou des injections chaudes à 40 degrés, par l'apposition des sacs de Chapmann remplis d'eau très chaude ou de sable très chaud sur la colonne lombaire (G. de Mussy) par le tamponnement utérin avec l'éponge préparée (Huchard), etc., etc.... Ce que nous avons seulement voulu préciser, c'est qu'il y avait lieu, dans beaucoup de métrorrhagies, de tenir un compte tout particulier de l'élément névralgique, et nous espérons y être arrivé. PAUL GERNE.

(1) Florez-Arteaga, loco citato.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

LE SECRET MÉDICAL ET LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCE

Par M. le Dr LUTAUD, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Société de médecine légale.

Je désire appeler un instant l'attention de mes confrères sur une question de jurisprudence mé-

dicale qui présente une certaine importance pratique ; il s'agit de l'obligation dans laquelle se trouve le médecin de déclarer lui-même la naissance des enfants dont il a assisté la mère dans les cas où, pour une cause quelconque, le père ne peut se charger de ce soin.

Il n'est pas de médecin qui n'ait rencontré dans sa pratique un ou plusieurs cas de ce genre. Il a dû alors se conformer aux prescriptions des articles 55, 56, 57 du Code civil ainsi conçus :

Art. 55. — Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu. L'enfant lui sera présenté.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, *par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé* ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins.

Art. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés ; les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins.

L'omission de la déclaration expose, du reste, le médecin à une peine relativement sévère formulée par l'article 346 du Code pénal qui s'exprime ainsi :

Art. 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aurait pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois de prison et d'une amende de 16 à 300 fr.

Cette application de la loi, si simple en apparence, peut présenter plusieurs difficultés assez sérieuses pour le médecin. La plus importante de toutes est celle qui est relative à l'obligation de secret médical.

Le premier point est relatif au nom de la mère que le médecin a le droit de ne pas déclarer lorsque celui-ci lui a été confié dans l'exercice de sa profession et que la personne intéressée l'a prié de ne pas le révéler. Ce point n'est plus contesté aujourd'hui.

Il a été jugé en effet :

1° Que le médecin qui déclare à l'officier de l'état civil un enfant à la naissance duquel il a assisté en qualité d'accoucheur, n'est pas tenu de déclarer le nom de la mère qu'il affirme n'avoir connu que sous le sceau du secret ;

2° Que l'obligation de déclarer la naissance imposée par l'article 346 du Code pénal à toute personne qui a assisté à l'accouchement est remplie lorsque l'assistant a purement et simplement déclaré le fait matériel de la naissance, conformément à l'article 56 du Code civil ; le déclarant n'est pas tenu de donner en outre les indications exprimées par l'article 57, et, par exemple, de faire connaître le nom de la mère. Qu'il en est spécialement ainsi à l'égard du médecin et de la sage-femme chez lesquels l'accouchement a eu lieu lorsqu'ils n'ont connu le nom de la mère qu'à raison de l'exercice de leur profession, et que l'article 378 du Code pénal leur impose le secret.

On ne conteste donc plus aujourd'hui au médecin le droit de taire le nom de la mère et de déclarer l'*enfant de père et de mère inconnus*. Mais, par une contradiction inexplicable, les officiers de l'état-civil refusent de recevoir la déclaration du médecin lorsque celui-ci croit devoir taire, en même temps que le nom, le domicile de la mère. Il est évident cependant, que le fait de connaître le domicile équivaut à peu près à celui de connaître le nom.

Les employés de la mairie à qui la déclaration est faite pourraient très facilement, s'ils le désiraient, découvrir le nom de la mère, s'ils connaissaient son domicile. Malgré les précautions qui peuvent être prises, la mère peut difficilement éviter que sa grossesse ne soit connue dans la maison qu'elle habite. Les circonstances particulières qui acompagnent la délivrance, les visites fréquentes du médecin ou de la sage-femme, sont autant de circonstances qui rendent la connaissance de l'accouchement à peu près inévitable dans la maison, en admettant qu'elle soit habitée par de nombreux locataires.

Il faut donc, de toute nécessité, que le médecin, qui juge à propos de ne pas faire connaître le nom de la mère, observe la même discrétion en ce qui concerne le domicile.

On sait, en effet, que le silence professionnel est non seulement recommandé au médecin par les inspirations de sa conscience, mais rigoureusement ordonné par la loi.

Si le fait de la non-déclaration d'un enfant de la part du médecin peut l'exposer à une peine de six jours de prison, la révélation du secret, à lui confié dans l'exercice de sa profession, l'expose à un emprisonnement d'un mois. Il y a donc encore avantage, en admettant qu'il faille goûter de la prison, à ne pas déclarer le domicile.

L'article 378 du Code pénal dit, en effet : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, et qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Il résulte de cet article que le médecin est condamné au secret professionnel, « *hors le cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur*. »

Hâtons-nous de dire que ces cas sont forts rares et se rattachent aux complots contre le chef du Gouvernement ou la sûreté de l'Etat. Nous pouvons même dire que le médecin qui refuserait de dénoncer son malade, même dans le cas où la loi l'y oblige, n'enfreindrait pas les lois de l'honneur professionnel.

J'arrive maintenant au fait qui m'est personnel.

Le 19 mars dernier, à sept heures du matin, j'ai accouché une femme d'un enfant du sexe masculin dans des circonstances où je devais, tout en

étant chargé de la déclaration de naissance, ne pas faire connaître le nom ni le domicile de la mère.

Le 22 mars, en présence de MM. Chevassus et Monnot, qui ont bien voulu m'assister comme témoins, j'ai présenté cet enfant au bureau de l'état civil de la mairie du IXe arrondissement de Paris. Après avoir fait connaître les noms de l'enfant, je déclarai qu'il était né de père et de mère inconnus. Cette déclaration admise, on me demanda le domicile de la mère. Comme je ne pouvais répondre à cette question, l'employé refusa d'inscrire la naissance de l'enfant sur les registres de l'état civil.

Le maire lui-même, consulté, approuva la conduite de son employé en disant qu'il ne se croyait pas compétent pour faire l'inscription. Rien ne lui prouvait, disait-il, que l'enfant était né dans son arrondissement plutôt que dans un autre. Bref, on refusa d'inscrire mon enfant en me donnant à entendre que je ne tarderais pas à siéger sur les bancs de la police correctionnelle pour infraction à la loi.

En présence de ce refus, je me retirai avec mes témoins. Je me trouvai dans une situation assez perplexe, entre l'article 55 du Code civil, qu m'ordonnait de faire ma déclaration, et l'article 378 du Code pénal, qui m'interdisait la révélation d'un secret dont j'étais devenu dépositaire dans l'exercice de ma profession.

Je devais donc ou attendre les poursuites correctionnelles qui m'avaient été annoncées, ou intenter une action civile au maire pour l'obliger à recevoir ma déclaration. La chose méritait réflexion.

Je consultai la jurisprudence, et je constatai avec plaisir que plusieurs jugements favorables à ma cause avaient été prononcés. Plusieurs arrêts de la Cour de cassation, rendus de 1843 à 1845, avaient acquitté des médecins et des sages-femmes qui avaient été condamnés en police correctionnelle pour avoir refusé de faire connaître soit le nom, soit le domicile de leurs accouchées.

Un autre jugement rendu sur la réquisition de Chailly-Honoré, le 15 novembre 1854, avait obligé le maire du IIe arrondissement à recevoir, de la part du célèbre praticien, une déclaration de naissance faite dans les mêmes conditions que la mienne.

Plus récemment encore, le 30 décembre 1875, le docteur Berrut a obtenu du tribunal civil de la Seine, contrairement aux conclusions du procureur de la République, un jugement qui obligeait le maire du VIIe arrondissement à inscrire sur les registres de l'état civil une enfant dont notre confrère n'avait pu, pour des motifs professionnels, faire connaître le nom et le domicile de la mère.

Je fus, à cette occasion, voir M. le docteur Berrut. Cet excellent confrère m'engagea vivement à résister, afin de faire prévaloir un principe aussi important. Il me conseilla néanmoins, avant d'intenter un procès à l'état civil, d'aller demander l'avis du procureur de la République. Je m'empressai de suivre ce conseil, qui ouvrait une porte à la conciliation.

Nous étions au quatrième jour de l'accouchement, et il n'y avait pas une minute à perdre pour rester dans les délais légaux. Je courus au Palais, où après avoir été renvoyé de substitut en substitut, je finis par obtenir une audience de l'un d'eux. Je dois avouer que la question était nouvelle pour lui. On ouvrit tous les Dalloz et autres traités pour s'éclairer; mais on resta fort indécis. Le parquet n'osait pas se prononcer. Cependant après avoir longuement délibéré et pris avis en haut lieu, on me remit la lettre suivante pour le maire du IVe arrondissement :

« Monsieur le maire, j'estime que vous devez recevoir la déclaration qui vous a été faite par M. Lutaud, docteur en médecine, de la naissance d'un enfant à vous présenté, bien que le déclarant se borne à ne faire connaître que l'enfant est né dans le neuvième arrondissement sans autre désignation plus précise.

« Pour le procureur de la République,

« ROULIER, substitut. »

Une fois en possession de ce document, je me rendis immédiatement à la mairie; mais le temps s'était écoulé et le délai de trois jours venait d'expirer. (On sait que les bureaux des mairies ferment à 4 heures). Le document dont j'étais porteur me fit cependant ouvrir les portes, et les employés de l'état civil consentirent à recevoir ma déclaration, qui n'eut lieu que le 23 mars, c'est-à-dire le cinquième jour de la naissance.

Quoi qu'il en soit, je me considère comme très heureux d'avoir pu triompher pacifiquement des difficultés qui n'avaient pu être résolues dans des cas analogues que par la voie des tribunaux. J'ai dû, il est vrai, sacrifier un temps considérable pour arriver à un résultat fort simple; mais je ne regrette pas mon temps et mes efforts si j'ai pu, comme je le crois, contribuer à élucider cette importante question du secret médical dans ses relations avec les déclarations de naissance que la loi rend obligatoires pour le médecin.

Je crois, en effet, que le document que j'ai obtenu du parquet, joint aux jugements prononcés antérieurement par les tribunaux, tranche définitivement la question, et que les médecins ne rencontreront plus de résistance de la part de l'état civil lorsqu'ils auront à déclarer des enfants *de parents et de domicile inconnus*. Il serait néanmoins à désirer que les maires de chaque commune de France, et principalement des grandes villes, reçussent des instructions précises à cet égard, afin d'éviter les incertitudes, les discussions et les démarches inutiles auxquelles le praticien se trouve aujourd'hui exposé lorsqu'il ne fait qu'accomplir son devoir et se conformer aux prescriptions du Code.

(Journal de médecine de Paris et Journal d'accouchements de Liége).

II

DU SECRET PROFESSIONNEL EN MATIÈRE DE DUEL

En Belgique vient de se présenter le cas toujours difficile à juger de l'application au duel du secret professionnel. Voici le texte du jugement

du tribunal correctionnel d'Anvers, 4 juin 1880, présidence de M. Theyssens, vice-président :

« Attendu que le témoin D. R..., cité à la requête de M. le procureur du roi, a refusé de répondre aux questions qui lui ont été posées par M. le président dans les termes suivants :

— Avez-vous, le 20 avril dernier, accompagné à Cappellen MM. Van B..., P..., M..., B..., et S..., aucun de ces messieurs n'étant ni malade, ni blessé et n'ayant par conséquent, pas besoin des soins d'un médecin?

— Avez-vous, pendant ce voyage, ou avant ou après, soit à Cappellen, soit ailleurs, vu MM. Van B..., et P... se battre en duel ? « en alléguant le témoin, que tout ce qu'il sait au sujet des deux questions posées, il le sait en vertu et à raison de sa profession de médecin et sous le sceau du secret qui lui a été demandé » ;

Attendu que l'article 458 C. pén. a réduit les cas où l'article 378 du Code de 1810 reconnaissait aux personnes détenteurs de secrets professionnels le droit de se taire, lorsqu'elles sont citées comme témoins devant la juridiction répressive ;

Attendu que le respect du secret professionnel ne peut aller jusqu'à entraver les poursuites de la justice ou jusqu'à s'opposer à l'accomplissement des devoirs légaux (Req. de M. le procureur général Faider, Paris, 1877, p. 116);

Attendu que les faits sur lesquels le témoin a été interpellé ne peuvent constituer des actes de sa profession ; que celle-ci, en effet ne commence qu'à partir du moment où il a besoin de recourir à ses connaissances spéciales dans l'accomplissement des devoirs qui lui sont demandés ;

Attendu que vainement il excipe du secret qu'il prétend avoir promis, puisque nul ne peut valablement promettre de se taire sur des faits constitutifs d'un délit;

Attendu que le refus de répondre équivaut au défaut de comparaître;

Par ces motifs :

Vu les articles...

Le tribunal condamne le témoin D. R... à une amende de cent francs et aux frais...

Par arrêt du 8 novembre 1880, la Cour d'appel de Bruxelles a confirmé le jugement prononcé par le Tribunal d'Anvers. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*

La jurisprudence belge s'est toujours montrée défavorable au médecin du duel. Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. Tourdes rappelle que M. Seutin fut condamné en 1re instance et en cour pour un fait analogue.

Cependant, selon le simple bon sens, il est évident que le médecin avait raison. Il est impossible de dire que ce n'est pas à cause de sa profession qu'il a connu les faits du duel. Il reçoit à cet égard vraiment une confidence et il est coupable de la divulguer. Selon les paroles très vraies de M. Tourdes, « si la justice a intérêt à être éclairée sur certains faits, la Société aussi a intérêt à ne pas enlever à notre profession la confiance dont elle a besoin. » C'est le cas ou jamais. Le médecin disparaîtrait bientôt du duel; si le duelliste avait en lui un témoin à charge nécessaire.

Que dirait-on, en toute autre circonstance, du médecin qui a reçu la confidence d'un fait délictueux dans l'exercice de sa profession, qui ne dit rien de l'examen personnel de la plaie ou du blessé, mais qui conduit les gendarmes jusqu'à la chambre du coupable, sous prétexte que jusqu'à la porte il ne faisait que marcher et n'était pas encore dans l'exercice de ses fonctions ? Le texte du jugement précité ne dit pas autre chose.

(*Journal de Méd. et de Chir. pratiques.*)

III

LES MÉDECINS ASSERMENTÉS.

« Un arrêté de M. le Préfet de l'Ain, en date du 19 septembre dernier, désigne dans chaque canton un médecin qui, à l'exclusion de ses confrères, aura seul le *privilège* de délivrer des *certificats médicaux* aux agents et fonctionnaires des diverses administrations.

« Cette mesure est non seulement vexatoire pour les agents et employés de l'Etat, qui seront assujettis, en cas de maladie, à des déplacements et à des frais onéreux, mais elle est encore injurieuse pour les médecins dont elle suspecte l'honorabilité ; elle est digne des plus mauvais jours de l'Empire et du décret de 1853, qui l'autorise, mais non d'une République libérale.

En conséquence, les médecins de l'arrondissement de Gex, soussignés, voulant protester contre cette tendance autoritaire, déclarent: qu'ils pourraient refuser leur concours gratuit à *l'administration*, n'accepter ni *l'inspection médicale des écoles*, ni les fonctions de *membres du Conseil d'hygiène*, se dispenser de répondre aux *questionnaires* qu'adresse la Sous-Préfecture et n'accorder aucun *certificat à la gendarmerie* pour le service des prisonniers ; qu'ils pourraient dans une foule de cas entraver l'action de la *justice*, en déclinant toute mission *médico-légale* ; mais ils ne se sentent de goût, ni pour la grève, ni pour la politique obstructionniste et ils préfèrent livrer aux commentaires du public cet arrêté préfectoral plus préjuciable aux agents et employés de l'Etat qu'à eux-mêmes. »

Ont signé, les Docteurs :

DECHOUDANS, à Saint-Jean-de-Gonville.
GAUTHIE, à Collonges.
GERLIER, à Ferney.
GROSGARIN, à Gex.
MONPELU, à Vesenex près Divonne.
VIDART, à Divonne.

IV

LE MÉDECIN PEUT-IL ÊTRE DÉCLARÉ EN FAILLITE ?

Monsieur le Directeur, et très honoré confrère,

Dans le n° du 3 décembre 1881 du *Concours Médical*, je lis à la Correspondance.

— Dr X. Y., 15 novembre vous demandez « *Un médecin de campagne exerçant légalement la pharmacie, peut-il être déclaré en faillite* : 1° *avec patente*, 2° *sans patente*.

RÉPONSE.

1° Le pharmacien est commerçant : comme tel, il peut être déclaré en faillite.

La qualité de commerçant ne dépend pas essentiellement de la patente ; l'individu, même non patenté, qui fait des actes de commerce peut être déclaré en état de faillite ; observons cependant que cette dernière question est très controversée, à raison de ce que la loi n'attache la qualité de commerçant qu'à l'exercice *habituel* des actes de commerce ; les actes *isolés* rendraient donc jus-

ticiables celui qui s'y livre, du tribunal de commerce, sans permettre la faillite?

2° *Si oui, peut-il l'être pour dettes antérieures à son établissement ?*

Non, si ces dettes ont un caractère purement civil (c'est-à-dire si elles ont été contractées en dehors de tout acte de commerce). Ces dettes ayant été créées alors que le débiteur n'était pas commerçant, ne pourraient même donner lieu à une instance commerciale. (Léonel OUDIN, avocat).

Je crois la question plus nettement résolue que ne semble le dire l'avis de M. Oudin. Il résulte en effet d'une jurisprudence, que je crois constante, établie par arrêts de différentes cours, mais particulièrement de la Cour de Cassation, en date des 25 juin 1822, 7 juin 1849, 9 juillet 1850, etc., que le médecin qui vend des médicaments *uniquement aux malades qu'il a visités* n'est pas réputé avoir fait acte de commerce, et partant n'est pas justiciable des tribunaux de commerce et ne peut être de ce fait déclaré en état de faillite. Il en serait autrement s'il vendait des médicaments à tous venants. Dans ce cas il exercerait (légalement ou illégalement, suivant ses titres) la pharmacie, et par suite deviendrait commerçant et sujet à être mis en faillite. Voilà, sauf erreur, le véritable état de la question. Elle me paraît importante pour un grand nombre de nos confrères qui ont renoncé au commerce et aux chances de fortune qu'il donne uniquement par crainte de la faillite. Il est bon qu'ils sachent que, n'ayant pas les avantages du négoce, ils n'en courent pas non plus les dangers.

Le tout sauf avis contraire avec preuves. La chose vaut, je crois, la peine.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et très honoré Confrère, l'assurance de ma considération très distinguée.

Dr VARRALHON.

REVUE ÉTRANGÈRE

JOURNAUX ANGLAIS

Un Comité de défense des intérêts médicaux en Angleterre. — Une section de la British medical Association, réunie à Lambeth le 2 novembre 1881, a constitué un *Comité pour la protection et la défense des intérêts professionnels des médecins* ; ce comité dépendra de la section de l'Association. Le Secrétaire reçoit les adhésions. (*Brit. med. Journal, 5 nov. 81.*)

C'est une grande satisfaction pour les lecteurs du *Concours* de voir que les idées qui leur sont chères ont traversé la Manche. Ce n'est pas en France seulement que l'œuvre du sympathique fondateur de notre Société portera ses fruits ; à l'étranger comme chez nous, les médecins sauront s'unir et revendiquer leurs droits, comme ils savent remplir leurs devoirs (1).

* * *

Empoisonnements par l'acide carbolique. — C'est en Suède que les deux cas que nous résumons se sont présentés. Chez un enfant de 5 mois et demi, le Dr *Ralmgren* employa un pansement à l'huile carbolisée au 8[100e.

Durant quatre jours l'enfant vomit beaucoup, rendit des urines foncées, couleur de café, et fut plongé dans une somnolence profonde. Il guérit cependant. Le Dr Rodenstrœm rapporte qu'un enfant d'un an qui présentait un énorme abcès de la parotide et de la région sous-maxillaire gauche, fut, après l'ouverture de la collection purulente, pansé avec de l'ouate saturée d'huile carbolisée au 10e. Une heure après l'application du topique survinrent des vomissements ; les urines prirent une teinte vert sombre, les selles devinrent liquides.

Le lendemain on abandonna le traitement, mais l'enfant mourut.

(*Extr. du British. med. Journal, 5 nov. 81.*)

Employé dans de telles proportions, l'acide carbolique doit donner d'assez fortes douleurs, et causer une cautérisation superficielle des tissus. Les fanatiques de la méthode antiseptique n'arrivent que rarement à de telles exagérations. (*Brit. medic. Journal, 12 nov. 81.*)

* * *

Du Diagnostic de la carie vertébrale au début, par le Dr *Russel* médecin honoraire du Carlisles Dispensary, à Edimbourg. — Les praticiens qui savent combien les appareils orthopédiques suppléent imparfaitement à la faiblesse et à l'insuffisance de la colonne vertébrale, apprécieront le côté intéressant des études du Dr *Russell*, que nous résumons ici. Le résultat de ses observations permet un diagnostic positif, et dès le début, du mal de Pott, et cela bien avant la présence des déviations, qu'on peut dès lors prévenir par les moyens appropriés.

Au premier rang, l'auteur place la douleur provoquée par la pression sur les épaules ; ce signe n'a jamais manqué dans ses observations de carie vertébrale au début. Ce n'est pas seulement de haut en bas, mais encore de dehors en dedans, sur les côtés de la colonne qu'il faut exercer la pression, dans la direction des corps vertébraux. La carie de la région lombaire s'accompagne souvent de gastralgie et de douleur si on explore la région à travers les organes abdominaux. Les efforts de toux et d'inspiration ne sont pas pénibles, tandis que dans les lésions en question de la région lombaire, un repas copieux suffit, par le poids des organes digestifs surchargés, à provoquer la douleur.

L'hyperesthésie au chaud, existe dans certains cas confirmés, et manque dans d'autres. Mais toujours les malades ont une grande difficulté à se courber et à se baisser. C'est là, d'après M. Russell, un signe d'une grande valeur pour établir le diagnostic.

(*Brit. med. Journal, 12 nov. 81.*)

* * *

Notes sur les déchirures du col de l'utérus, leurs causes et leur traitement, par le Dr H. Bennett (1). — Dès l'année 1849, l'illustre gynécologiste avait attiré l'attention sur la fréquence des déchirures cervicales durant l'accouchement, et considéré ces altérations de l'organe comme une cause venant compliquer les maladies utérines. « Des fissures plus ou moins nombreuses, « plus ou moins profondes, peuvent diviser le col utérin

(1) L'échange du *Concours médical*, avec le *British-medical-Journal*, organe de la *British-medical-Association*, qui se pratique depuis trois ans, pourrait justifier cette supposition.

(1) Nous donnons ici le résumé d'un travail lu par le Prof. H. Bennett au Congrès international de Londres, section de Gynécologie ; on peut y lire le résumé des idées du Maître sur une question à l'ordre du jour.

« en des sortes de lobes indurés », dit l'auteur ; « on « avait même autrefois pris à tort cette variété de déformation pour une caractéristique du squirrhe. »

Quant aux déchirures du col, l'intervention des manœuvres soit avec la main, soit à l'aide d'instruments durant ou après un travail trop rapide ou trop prolongé en sont souvent la cause, mais M. Bennett croit que dans l'immense majorité des cas, la lésion est consécutive à un état morbide préalable, à la rigidité du col, à une inflammation chronique de la région, que la nature n'a pu modifier pendant les derniers temps de la grossesse. — Dès les premières années de sa carrière d'accoucheur, il a acquis la conviction que la prétendue rigidité spasmodique du col durant le travail était toujours le résultat d'une inflammation chronique préalable, méconnue chez tous les auteurs avant lui. C'est par l'examen, six semaines après l'accouchement, de toutes les malades de sa clientèle privée comme de l'hôpital, qu'il est arrivé à ces conclusions : invariablement quand l'accouchement a été laborieux par rigidité du col, c'est dans les conditions morbides d'hypertrophie, d'induration presque toujours accompagnées de lésions inflammatoires, érosions ou ulcérations d'origine ancienne qu'il en faut chercher la cause.

La nature, aux dernières périodes de la gestation, prépare le col au phénomène de la parturition par une modification dans sa structure, qui lui permet de subir une dilatation analogue à celle du sphincter de l'anus. L'induration morbide est un obstacle à cette dilatation ; l'organe est dur, épaissi, il a perdu son élasticité, et, au lieu de se dilater, il se fend en un, deux ou plusieurs points à la fois. Les fissures sont ici un effet, et non pas une cause des altérations morbides qui les accompagnent.

La nature fait au contraire presque toujours les frais de réparation quand les déchirures résultent de l'emploi malheureux de la maiu ou des instruments.

Les spécialistes américains veulent que toutes ces déchirures soient cousues dans une opération plastique des plus délicates : c'est là, disent-ils, une nécessité si le chirurgien veut épargner à ses malades toute la série des maladies utérines, ménorrhagie, dysménorrhée, névralgie, métrite chronique, stérilité, déviations, etc. — A cette doctrine on peut répondre : S'il en est ainsi, pourquoi les femmes qui n'ont pas de métrite avant la grossesse, sont-elles aussi exposées à toutes ces affections, n'ayant pas à l'avance de déchirures du col de l'utérus ? Vouloir faire reposer toute une nouvelle pathologie utérine sur la déchirure du col est une pure vue de l'esprit. Et dire qu'une opération chirurgicale autoplastique peut seule donner une guérison, dont l'utilité n'est pas méconnue du reste, est aussi une exagération dont l'expérience clinique du Pr. Bennett fait justice.

Il a durant 40 ans traité plusieurs milliers de déchirures ou fissures du col, toujours guéries ainsi que les symptômes morbides concomitants, par des moyens chirurgicaux plus simples que l'opération plastique introduite dans ces derniers temps ; en guérissant l'induration, l'hypertrophie, la fissure guérissait toujours.

Si la déchirure est si profonde, si indurée qu'elle ait résisté à tout traitement local et général, une opération peut bien être ce qu'il y a de mieux pour l'amélioration à obten r. Cependant l'auteur a toujours obtenu la guérison par des moyens plus doux, le nombre des succès ainsi constatés était illimité à une époque où l'on n'avait pas encore parlé d'autoplastie.

L'état général était traité dans la pratique de M. Bennett par le repos, l'hygiène et les moyens thérapeutiques reconstituants ; l'état local par les procédés usités en chirurgie contre les affections chroniques des muqueuses, de l'anus, de la vulve, du gosier, des fosses nasales, de la bouche, etc.

Ces agents modificateurs sont les émollients, les déplétions sanguines, les iodés, le nitrate d'argent, les acides minéraux. Il faut appliquer en cette région les lois de la pratique chirurgicale universellement reconnues, en se pliant aux exigences personnelles du sujet, et à celles de la variété pathologique à combattre.

L'auteur, sans repousser absolument l'intervention de la chirurgie autoplastique, reconnaît qu'il est des cas très graves, ou rebelles au traitement ordinaire, qu'une opération de ce genre peut améliorer mieux que tout le reste. Mais il conseille d'abord un examen complet de la région ; après quoi l'on doit, par les moyens ordinaires de la thérapeutique chirurgicale, traiter tous les symptômes morbides locaux et généraux avec grand soin, et s'en remettre, pour compléter la guérison, à l'hygiène, au repos et à l'action du temps. Aidée de ces moyens, la nature achève l'œuvre de réparation, dans le plus grand nombre de cas, sans aucune opération chirurgicale. Les partisans de l'autoplastie, des sutures, des incisions, semblent ignorer combien est peut durable cette guérison apparente, chez les malades longtemps observées.

Il existe en effet une classe de malheureuses femmes, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé quelquefois, mais qui semblent nées pour souffrir de l'utérus ou des ovaires depuis l'arrivée de leurs règles jusqu'à la ménopause. Ces malades ont en elles un élément maladif constitutionnel : goutte, rhumatisme, scrofule, anémie ou névralgie, qui semblent se concentrer dans l'utérus et ses annexes. Aucun traitement, aucune opération ne peut changer l'œuvre de la nature, et les guérir de leur souffrance durant la vie utérine. La ménopause seule pourra y apporter soulagement ; et l'on comprendra que la chirurgie est impuissante à modifier ces états constitutionnels, quand elle n'est pas nuisible.

(*Brit. medic. Journal*, 26 novembre 81.)

Dr M. Picard.

COURRIER

De la pilocarpine dans un cas de calvitie chez un jeune homme.

Clément R., âgé de 24 ans, d'une constitution robuste et n'ayant jamais été malade, venait à ma consultation le 5 mai. A la région occipito-pariétale du côté gauche il présentait une surface dénudée mesurant de 9 à 10 centimètres de côté. L'examen le plus attentif, à la loupe, ne permettait pas de reconnaître trace de cheveux. Cette calvitie avait débuté, sans cause connue, il y avait environ six mois, les cheveux du reste clairsemés tombaient facilement à la moindre traction, et ce n'est que forcé par l'impossibilité de cacher sa « tonsure » qu'il était venu me confier sa peine.

Je lui conseille plusieurs pommades qui ne donnent aucun résultat, j'emploie la teinture de Rohe indiquée d'après l'*Union méd.* dans le *Concours Médical*, du 11 juin 1881: pas d'effet. Depuis un certain temps déjà, mon client avait cessé de se soigner ou pour mieux dire employait tous les remèdes infaillibles ou réputés tels, qui sont annoncés à la 4e page des journaux. J'avais renoncé volontiers, je l'avoue, à lui donner mes soins. En feuilletant des notes recueillies dans mes lectures je trouve l'indication du nitrate de pilocarpine au centième, en injections hypodermiques.

Cette note avait été prise dans le *Concours Médical*. Un pharmacien veut bien, à grand'peine, me procurer la solution. Mon client découragé se soumet à une première injection le 15 juillet, je continue ainsi deux injections par semaine. Un mois après on peut voir à l'œil nu quelques poils très ténus; un léger duvet couvre toute la surface autrefois privée de cheveux. La chute générale s'est arrêtée. Je fais raser deux fois par semaine le duvet qui peu à peu devient poil. Le 1er septembre je cesse complètement les injections (depuis 15 jours, on n'en faisait plus qu'une par semaine). Le 1er octobre mon malade peut se faire couper les cheveux très courts, il ne reste plus trace de sa calvitie partielle qui menaçait de devenir générale et sa tête est couverte de beaux cheveux bruns comme autrefois. Dr DELAVAUX.

CAUSERIE

L'ART DE PARVENIR.

« *Pour être bon médecin, il faut être bon musicien.* » Cet aphorisme paradoxal, soutenu je ne sais par quel philosophe, est plus profond qu'on ne pense. Non pas que son auteur ait eu la prétention de croire ou de faire accroire qu'on ne peut sérieusement traiter une pneumonie, si l'on n'est de force à exécuter l'ouverture du *Trouvère* sur la quatrième corde ou la valse de *Robin des bois* sur l'ophicléïde, mais il pense, en cela il est vrai, qu'un talent de société est un auxiliaire utile pour réussir dans notre carrière. J'ai connu un jeune médecin mort à la fleur de l'âge, possédant tout ce qu'il faut pour devenir un praticien célèbre : étude, science, savoir, jugement sûr, en un mot tout, excepté... la taille : il a toujours végété dans trois postes successifs parcourus en dix ans. Mon Dieu oui, le pauvre garçon était petit, il n'en inspirait pas. Or il avait, ou nous avions, comme condisciple, un jeune élégant à la luxueuse et ondoyante chevelure blonde, de beaucoup moins intelligent, qui, après être devenu la coqueluche des dames, est devenu celle des messieurs et a pu de la sorte conquérir une excellente clientèle.

Tout le monde ne peut être un Adonis. Il faut y suppléer. C'est étonnant, avouons-le, comme certains confrères sont ingénieux à remplacer ces avantages physiques par les ficelles du métier; car ficelles il y a, et elles sont nombreuses. Pour avoir des clients, il faut être connu, pour être connu il faut avoir des clients. Ce cercle vicieux, au centre duquel semble se débattre le débutant, il est pourtant un moyen adroit d'en sortir, c'est d'en échapper par la tangente : pour conquérir une clientèle, faire comme si l'on avait beaucoup de clients.

Voyez Coqhéron, l'illustre docteur Coqhéron, il ne dort plus, il ne dîne plus, il ne mange plus. Vous l'arrêtez dans la rue; après quelques mots échangés :

— Ah mon ami, pardonnez-moi, je vous quitte. J'ai quinze visites à faire dans la soirée; je ne sais où donner de la tête; quel métier, mon cher, quel métier! je n'y tiens plus. Adieu. Coqhéron s'enfuit et court de ce pas... lire son journal à la campagne. Il fait une apparition au cercle; une apparition, car à peine assis, on vient l'appeler en toute hâte. Si vous aimez à dîner tranquille, n'acceptez jamais une invitation de sa part. Au potage, premier billet apporté fort ostensiblement par la bonne ou le valet de chambre; c'est la baronne de Crotenville qui le mande de suite. A l'entrée, second billet; c'est le comte de Paillesèche qui l'attend avec impatience; au rôti, troisième billet; au dessert le voilà pour sûr à la tête de cinq à six visites; il vous quitte au café. — « Quel métier, mon cher, quel métier! » Si vous êtes pressé, ne pénétrez pas dans son cabinet de consultations. Seul, vous attendrez longteps quand même. Que diable peut bien faire le client quivousprécède? 20 minutes. 40 minutes. c'est intolérable. Patience' patience, attendez encore, c'est le seul parti à prendre, car vous n'êtes pas assez mal élevé pour coller un œil indiscret au trou de la serrure et admirer notre excellent docteur lisant le dernier roman à la mode, les pieds sur les chenets. Attendez plutôt qu'il viennegravement vous ouvrir la porte, s'excusant de vous avoir laissé aussi longtemps, mais il avait une vieille dame qui n'en finissait plus. Entrez, et tout en écoutant scs savantes ordonnances, examinez à la hâte ce cabinet somptueux, ces bronzes, ce bureau chargé de livres, paperasses, cartes de visite, lettres à demi ouvertes, ces pièces d'or jetées à droite et à gauche. Oui, mais de n'est pas pour passer une revue que vous êtes ici. Votre femme attend les soins de ce maître, vous êtes venu vous-même, pour être certain de la visite de ce prince de la science. Sapristi? avec le travail sous le poids duquel il succombe, comment faire? Enfin puisque c'est vous, vous aurez sa première visite... (et sa dernière). Il tient parole à quatre heures, le voilà arrivant au galop.

— Docteur, asseyez-vous.

Asseyez-vous!! Est-ce qu'il a le temps! — Où est la malade? la voici. L'examen est fait, on passe au salon.

— Eh bien, docteur, qu'en pensez-vous?

— Très grave, monsieur, très grave.

— Le docteur X nous disait que ce n'était rien.

— Le docteur X? Je le connais bien là! un imbécile...

— Que ce n'était qu'un furoncle.

— Furoncle de très mauvaise nature, anthracoïde malin.

— Malin?

— Très malin. Il faut des soins, de grands soins, diète à peu près absolue; pas de vin, deux cuillerées au plus dans de l'eau. Evitez les courants d'air. Ouvrez les fenêtres de 8 heures 1[2 à 9 heures 15 minutes pour renouveler l'atmosphère. Tous les matins à 7 heures 22 une cuillerée à bouche de la potion que je vous ordonne, une seconde à 10 heures 32, une troisième à 1 heure 18. Le soir un paquet de la poudre, deux heures après le repas, qui se composera de 125 grammes de bouillon. La malade est trop couverte, pas de couvertures en laine, c'est mauvais, des couvertures en coton. La tête trop haute, trop de chaleur; 14 degrés au plus, faites attention au thermomètre; à 15 degrés entr'ouvrez légèrement la porte en ayant soin de fermer les rideaux.

— Et comme boisson?
— Que prenait madame?
— Le docteur X lui avait ordonné la tisane de mauve.
— Affreux, exécrable. Remplacez par de la guimauve.
— Et les cataplasmes, faut-il les continuer?
— Je veux bien. De quel linge faites-vous usage?
— Nous n'avons pas de choix.
— C'est un tort, employez toujours de la toile, jamais du coton.

Dites sérieusement, ces savantes banalités posent notre homme. Et voilà toute la maison sur pied. Voilà toute la famille les yeux fixés sur le cadran pour ne pas laisser passer l'heure de l'ouverture et de la fermeture des croisées; ni celle à laquelle se donnent les médicaments. Le traitement fait merveille. La guimauve est autrement rafraîchissante que la mauve, la toile bien plus douce que le coton. La potion est unique. Le docteur Coqhéron est un grand médecin. Il fera son chemin; il l'a fait. Le prince Peignatouski vient de l'appeler en consultation; tous les journaux relatent le fait. S'il ne guérit pas encore les cancers, si ses cures ne sont pas à la hauteur de celles de la farine de lentilles, elles y arriveront; tout lui réussit, la fortune le comble. Quel bon docteur! quel savant docteur! quel charmant docteur! comme il est bien! comme il cause agréablement! et puis artiste! un musicien hors ligne... etc., etc.

Dr A. BARRY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'épithélioma du col par le nitrate de plomb, par J. CHÉRON. — On a signalé dans ces derniers temps, en Italie, les bons effets du nitrate de plomb dans le traitement du cancer ulcéré.

J'ai cru pouvoir tirer un bon parti de ce même moyen, dans le traitement de l'épithélioma ulcéré du col. Après avoir bien nettoyé la plaie avec un tampon de charpie imbibé de glycérine, après avoir injecté un litre d'eau froide avec cinq grammes de perchlorure de fer, s'il s'écoule du sang, comme cela a lieu si fréquemment en pareil cas, la plaie est séchée avec de la charpie ou de la ouate, puis le nitrate de plomb pur mélangé à de la poudre de lycopode est projeté, à l'aide d'une poire insufflatrice, un tampon d'ouate maintient la poudre en contact.

Le mélange des deux poudres est fait, dans les proportions suivantes :

Nitrate de plomb purifié..... 15 gr.
Poudre de lycopode........ 30 gr.

Sous l'influence de ce moyen, la suppuration diminue considérablement ainsi que l'odeur. Les hémorrhagies elles-mêmes se suppriment.

Après douze ou quinze pansements pratiqués de la sorte, j'ai vu l'engorgement des culs-de-sac diminuer et l'état général des malades s'améliorer grandement.

Dans l'ensemble des moyens thérapeutiques si peu dignes d'attention qu'on dirige contre l'épithélioma du col utérin, le nitrate de plomb me semble digne d'une véritable exception.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

I

COMMISSION GÉNÉRALE DES SYNDICATS.

Nous conformant au désir exprimé par M. le Dr *Barat-Dulaurier*, vice-président du syndicat de la *Gironde Charente, Charente-Inférieure, Dordogne*, nous publierons, à mesure qu'ils nous parviendront, les noms des membres de cette commission.

La commission générale a pour but actuel de rédiger des statuts et des imprimés de divers genres que publiera le journal, et dont on fera imprimer des exemplaires pour faciliter la fondation des syndicats.

Les membres de la commission n'auront pas, pour le moment, à se déplacer. Par correspondance ils mettront au service de tous, les conseils de leur expérience.

Font partie de cette Commission :

MM.
Dr *Barat-Dulaurier*, Vice-Président du syndicat de la Gironde.
Dr *Noir*, Président du syndicat de Brioude (Haute-Loire).
Dr *Mignen*, Président du syndicat de la Vendée.
Dr *Margueritte*, du syndicat du Havre.
Dr *Mignot*, Président du syndicat de la Nièvr

II

SYNDICAT DU MORBIHAN.

Sur la proposition de M. le Dr Couzyn, vingt-quatre membres de l'Association générale du Morbihan, dans une réunion récente, à l'unanimité des membres présents, ont reconnu la nécessité de se former en syndicat.

Nous pouvons citer parmi les adhérents MM. les Docteurs Moras, Jocolot, anciens médecins principaux de la marine; Eon, médecin principal retraité de l'armée, de Closmadeuc, Fouquet, Thomeus, etc.

Le nombre des membres du syndicat du Finistère s'est accru depuis sa dernière réunion. Nous en reproduisons la liste :

BUREAU.

MM. Morvan, Lannilis, Président.
Prouff, Morlaix, Vice-Président.
Gestin, Brest, Syndic.
Le Gris, Morlaix, Syndic.
Le Breton, Quimper-Châteaulin, Syndic.
Chalmet, Landerneau, Secrétaire.
Marion, Brest-Lambézellec, Trésorier.

MEMBRES.

MM. Anner, Brest.
Ballay, Châteaulin.
Barbanson, Morlaix.
Baude, Brest.

Bouvet, Saint-Renan.
Cabon de Mézormel, Plouescat.
Caradec, Th. (fils), Brest.
Chassaniol, Brest.
Chauvel (fils), Quimper.
Clech, Lanmeur.
Delannégrie (fils), Morlaix.
Deschamps, Lesneven.
Dubuisson, Châteauneuf-du-Faou.
Feillet, Plougastel.
Geffroy, Morlaix.
Gloaguen, Plabennec.
Guennoc, Sigun.
Guyader, Brest.
Hermange, Braspart.
Le Barzic, Saint-Thégonnec.
Le Borgne, Pleyben.
Le Do, Brest.
Le Moine, Carhaix.
Le Vot, Carhaix.
Liscoat, Saint-Pol-de-Léon.
Maréchal, Brest.
Martin, Landivisiau.
Mesguen, Lesneven.
Miorcec, Brest.
Morvan, Douarnenez.
Normand, Morlaix.
Plainfossé, Ploudalmézeau.
Prat, Laber Ildut.
Quéré, Guerlesquin.
Quintin, Morlaix.
Rousseau, Brest.
Sagot, Lannilis.
Sanquer, Morlaix.
Sarzaud, Brest.
Servet, Saint-Pol-de-Léou.
Tanguy, Plouescat.

III

DIFFICULTÉS QUE L'ON RENCONTRE DANS LA CRÉATION D'UN SYNDICAT.

Monsieur le Directeur,

Les confrères de ma circonscription médicale paraissent bien rebelles à la mise en pratique des idées que vous défendez et qui sont les miennes.

En vain ai-je exposé à quelques-uns d'entre eux quel intérêt il y aurait pour nous à nous réunir de temps à autre et à former au besoin une association syndicale basée sur la solidarité de ses membres.

Je me suis heurté presque toujours à une indifférence réelle cachée sous les dehors d'un bon vouloir apparent. Chacun se déclare prêt à accepter nos idées, mais doute de l'adhésion de son voisin et s'autorise de cette hypothèse pour rester dans l'immobilité.

Si quelques-uns sont un peu mieux disposés à l'entente, mille petits riens les arrêtent!

Un exemple entre autres :

Croiriez-vous qu'un moment une réunion préparatoire ayant été projetée, il a suffi, pour la faire avorter, que deux questions fussent posées préalablement : Qui serait le président? et surtout où se réunirait-on? Toutes les petites jalousies de confrère à confrère étaient réveillées : on oubliait que notre but n'était pas de nous occuper de MM. un tel ou un tel, mais des intérêts de tous en général.

Que faire dans de semblables con litions?

Bien à vous.

Dr M.

Les difficultés que vous signalez sont peu graves. Vous les surmonterez; les questions de personnes doivent être laissées de côté; le lieu de réunion doit être un terrain neutre. Nous vous fournirons bientôt d'utiles renseignements, fruit de l'expérience de nos confrères.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS.

Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. Duflocq, Poupon, Beurnier, Marsau, Perrin, Courtade, Dayot, Thoinot, Feulard, Gomot, Didion, Ribail, Peltier, Dalché, Frémont, Ladroitte, Hartmann, Chatellier, Broca, Brossard.

21. Queyrat, Morel-Lavallée, Morin (Georges), Ayrolles, Legendre (Paul-Louis), Bottey, Malibran, Gilles de La Tourette, Hamonic, Durand-Fardel, Proust, Barral, Bettremieux, Doyen (Eugène), Marciguey, Bourdel, Jardet, Poupinel, Carron, Revilliod.

41. Brodeur, Dauge, Boursier, Delotte, Rivet, Courbatieu, Deschamps, Jacquelot, Bidault, Monnier (Louis-François), Jocqs, Condoléon, Phocas.

Internes provisoires. — 1. Lubet-Barbou, Roger, Barbier, Brunon, Chochon-Latouche, Renaut, Hallé, Wins, Salat, Lormand, Reissin, Brainé, Dumoret, Bottez, Ambrezin, Costilhes, Buret, Notta, Gilly, Merigot de Trecigny.

21. Lancry, Dubief, Cayla, Rambaud, Ménétrier, Belin (Edmond), Bouttier, Clado, Toupet, Secheyron, Baudoin, Crespin, Barbillion, Gouttière-Cachera, Duchon-Doris, Largeau, Bucquet, Aron, Schachman, Jeanselme.

41. Vigneron.

Sommaire de la Science libre:

Question algérienne, Paul de Regla. — Développement intellectuel des races humaines, etc., Emile Dujon. — Chronique Niçoise, A. de Villeneuve. — Opéra italien, ***. — Société d'hygiène de Lausanne, A. Raoux. — Bibliographie, Licencié Biblos. — Régates de Nice, *** — Le Devoir, ***. — A Travers la Bourse, Clovis.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part de la mort de M. le Dr *Comandré*, membre du *Concours médical*, médecin consultant à *Cauterets*, décédé dans sa 64me année, à Barbentave (Bouches-du-Rhône).

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MEDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
31 Décembre 1881 3me Année. — N° 53

SOMMAIRE

BULLETIN

M. *Tarnier* présente à l'Académie de la part du *Dr P. Thomas* (de Paris): 1° un embryotome emporte-pièce, destiné à couper le tronc ou le cou du fœtus dans les présentations de l'épaule, lorsque la version est impossible; 2° un autre instrument composé d'un crochet creux servant de conducteur à une ficelle sur laquelle un petit fil de fer est enroulé en spirale; il est destiné à faciliter la décollation par le procédé que M. le professeur Pajot appelle le *procédé de la ficelle*. L'honorable académicien présente d'ailleurs un second instrument analogue du à M. *Ribemont,* et dont les avantages combinés à ceux du premier pourront produire un embryotome puissant et d'un maniement facile.

M. *Verneuil* reprend ensuite la discussion sur les rapports du paludisme et du diabète. Comblant d'abord une double lacune qn'il avait laissée dans son historique, il rappelle que le Dr Liégey, en 1874, et le Dr Redon, en 1877, avaient tous deux signalé les relations possibles entre le paludisme et le diabète; puis, répondant à M. Le Roy de Méricourt qui lui avait reproché de confondre le diabète vrai avec la glycosurie transitoire, il déclare que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de caractères distinctifs absolus du diabète vrai. D'ailleurs, pour simplifier la question , il accepte d'écarter, du moins pour le moment, le mot diabète et de se servir exclusivement du mot glycosurie, en ajoutant pourtant que la glycosurie, quand elle est tardive et tenace, mériterait le nom d'*accident paludique tertiaire*.

M. Le Roy de Méricourt a discuté quelques-unes des observations de M. Verneuil, et M. Léon Colin, lui-même, ne les a pas considérées comme concluantes. L'un et l'autre se sont demandé s'il existait bien un rapport quelconque entre le diabète tardif et les accidents paludiques qui avaient précédé. Suivant M. Verneuil, M. Le Roy de Méricourt croit beaucoup trop à la bénignité de la glycosnrie, considère à tort le diabète comme aisé à reconnaître à ses symptômes, admet, enfin, trop facilement, comme capables de produire la glycosurie, une foule de causes banales qui peuvent tout au plus la déceler.

Parmi les documents invoqués contre lui, M. Verneuil reconnait surtout comme importants les renseignements fournis par M. Grall, médecin de 1re classe de la marine, qui, dans une nouvelle lettre adressée à M. Le Roy de Méricourt, affirme très explicitement avoir fait, du mois de janvier au mois de juillet 1879, un très grand nombre d'analyses d'urines chez les déportés. Il y recherchait spécialement le sucre et ne l'a jamais trouvé.

M. Verneuil ne peut mettre en doute une affirmation si catégorique. Il admet donc qu'à la Guyane le diabète n'est jamais une conséquence de l'impaludisme, mais ce ne serait pas une raison pour nier qu'en Sologne, par exemple, l'impaludisme amène le diabète. On a vu de telles différences en ce qui touche l'albuminurie paludique : fréquente dans certains pays, elle ne se produit pas ailleurs. C'est ainsi que Rosenstein, après l'avoir observée à Dantzig, ne l'a pas retrouvée chez

les impaludés de la Hollande orientale.

Des trois questions posées par M. Le Roy de Méricourt, une seule est considérée par M. Verneuil comme actuellement résolue, celle qui est relative à la fréquence plus grande de la glycosurie à la suite des accès de fièvre intermittente, qu'à la suite des autres fièvres : M. Verneuil croit pouvoir être absolument affirmatif. Il a souvent observé des cas d'herpès fébrile, d'érysipèle, de lymphangite, etc., avec frissons, chaleur et sueur, sans glycosurie.

Répondant ensuite à M. Léon Colin, M. Verneuil énumère les observations qui lui ont été envoyées de divers côtés depuis le commencement de cette discussion, et déclare qu'il ne lui reste plus qu'à attendre les résultats de l'enquête qui ne va pas manquer de se poursuivre de tous côtés. En terminant, l'éminent chirurgien prend l'engagement de remonter, dans un an, à la tribune, si les résultats sont contraires aux opinions qu'il a défendues ; sinon, de demander à ses collègues une petite part dans l'honneur d'avoir soulevé cet intéressant problème de pathologie médico-chirurgicale.

M. le professeur Verneuil est trop modeste ; ce n'est pas *une petite part* qu'il doit réclamer, il a bien droit à l'honneur tout entier, comme nous le disions dans un précédent Bulletin : et nos confrères, qui lui ont fourni les intéressantes observations qui ont été lues à la tribune, seront certainement les premiers à le proclamer.

Elections. — L'Académie a renouvelé son Bureau. Sont nommés pour l'année 1882 : M. *Hardy*, vice-président ; M. *Bergeron*, secrétaire annuel ; MM. *Bernutz* et *J. Lefort*, membres du Conseil.

Dr J. Geoffroy.

CHIRURGIE PRATIQUE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA COXALGIE.

II

Traitement de la coxalgie

Nous avons vu, dans un précédent article, de combien de difficultés était entouré le diagnostic de la coxalgie ; et combien étaient nombreux les points sur lesquels le chirurgien devait se renseigner pour bien connaître son malade. Nous n'avons pas craint de paraître un peu trop classique, car nous étions convaincu que tout ce que nous n'avons fait qu'effleurer était de la plus haute importance, si l'on voulait donner au traitement une marche sûre, et saisir les indications souvent multiples qu'il réclame.

La thérapeutique de la coxalgie appartient tout entière à l'histoire de la chirurgie moderne ; jusqu'à Bonnet, de Lyon, (1837). En effet, aucune règle précise n'avait été proclamée ; et on ne trouve que des notions inutiles, disséminées un peu partout sur les soins à donner aux *apostèmes* de la hanche, aux luxations pathologiques du fémur, luxations spontanées (Boyer). etc.

Bonnet lui-même ne fit point du traitement de la coxalgie un chapitre spécial, mais les immortels principes qu'il donna sur le traitement des maladies articulaires ont été le point de départ d'une révolution totale dans la térapeutique de l'affection qui nous occupe.

Ses devanciers, et quelques-uns de ses successeurs, frappés de l'état d'affaiblissement où l'on trouvait tous les coxalgiques, n'avaient vu, avant tout, que la nécessité de relever l'état général et de soutenir les forces du sujet, tandis que la nature, *souvent non médicatrice*, détruisait peu à peu leur jointure. Oui, sans doute, il faut relever la santé des malades par tous les moyens possibles, il faut les tonifier, empêcher l'anémie de faire des progrès. Mais, comme le fait si justement remarquer M. le Professeur Verneuil (1), ce mauvais état général, cette anémie progressive trouvent leur point de départ tout naturel dans l'état local de la jointure. C'est la désorganisation lente de la hanche, qui, mal soignée, épuise le patient, et fait bientôt de lui un scrofuleux factice, qu'elle finira par conduire à l'hecticité. Il faut donc se rappeler que, dans le mauvais état général que vous constatez chez un coxalgique, *deux éléments sont en présence*, la faiblesse ou l'état diathésique initial (arthritis ou scrofule) qui, bien souvent, n'aura ici qu'une faible part ; et l'affaiblissement progressif amené par l'arthrite, la production des fongosités, du pus et la douleur qui accompagne ces phénomènes.

N'est-il pas fréquent, en effet, de voir des enfants épuisés par la souffrance reprendre leur bonne mine et leur appétit quand on les a soumis à un traitement bien entendu ?

De ces considérations découle toute l'importance du traitement local, et depuis que les praticiens les ont comprises, le nombre des méthodes employées est considérable. Nous n'avons pas l'intention de les passer toutes en revue : beaucoup sont inutiles, quelques-unes sont mauvaises. Nous donnerons seulement un compte-rendu détaillé des moyens mis le plus couramment en usage, et qui donnent les meilleurs résultats. Nous aurons, en particulier, à discuter les indications d'intervention chirurgicale dans la cure de la coxalgie, car nous croyons que, de ce côté encore, il y a beaucoup à faire ; et il ne serait pas étonnant que la chirurgie, de plus en plus éclairée, devînt plus hardie dans des cas réputés souvent incurables.

(1) Verneuil, — Traitement de la coxalgie, (*in Gazette des hôpitaux* 1865. No XXXVIII) p. 136.

Les indications thérapeutiques de la coxalgie sont variables suivant la période à laquelle est arrivé le malade qui vous est présenté, aussi nous envisagerons successivement ce qu'il y a à faire :

Dans le début, quand il n'y a pas d'abcès.

Dans la période des abcès.

Enfin nous examinons les cas où une ankylose succède à la coxalgie.

A. — *Traitement des Coxalgies, au début, (non suppurées).*

On a reconnu qu'il existe une arthrite coxo-fémorale, qu'il n'y a point encore de collections purulentes au voisinage, que le sujet est ou non scrofuleux ; qu'il était antérieurement sain ou mal portant : que faut-il faire ? *Toute jointure malade doit être condamnée au repos*, a dit Bonnet, et c'est la règle que tout chirurgien prudent doit adopter s'il veut obtenir d'heureux résultats. La hanche doit donc rester immobile ; comment obtiendra-t-on cette immobilité? Quelques différences doivent être établies suivant que l'arthrite n'a point encore entraîné d'attitudes vicieuses, ou que la cuisse est déjà dans la flexion sur le bassin. Prenons d'abord le cas le plus simple. Pour mettre la hanche au repos, il faut l'immobiliser rigoureusement, de façon à éviter, autant que possible, les frottements, la pression des surfaces articulaires. Mais pour obtenir réellement ce résultat, il faut que le tronc soit aussi bien immobile que les cuisses ; le décubitus dorsal seul ne peut donc suffire. Plusieurs appareils ont été conseillés, tout le monde connaît la description de la *gouttière de Bonnet*, instrument admirable et excellent, qui n'a d'autre inconvénient que de ne pas être à la portée de toutes les bourses ! Nous passerons aussi sous silence les gouttières proposées par d'autres auteurs ; celles de Giraldès et de Marjolin, mais nous croyons utile de conseiller aux praticiens l'emploi d'un appareil très simple et bon marché, et qui peut remplacer la gouttière ; cet appareil est une claie d'osier rembourrée d'une très mince couche de laine et de crin formant matelas. Cette claie du reste ressemble à ces longues corbeilles dont se servent les porteuses de pain. Des courroies sont fixées sur les bords avec des boucles qui permettent de serrer l'enfant, de l'immobiliser tout-à-fait, et même de le transporter au soleil, tout aussi bien qu'une gouttière de Bonnet. La claie de Desclos, du nom de l'industriel qui l'a inventée, est employée avantageusement depuis quelques années aux consultations orthopédiques du Bureau central des hôpitaux, non-seulement pour la coxalgie, mais aussi pour le mal de Pott. Nous avons vu une fois une gouttière de bois blanc capitonnée, construite par un layetier-emballeur avec beaucoup de perfection. L'enfant était couché tout entier dans la gouttière dont la partie dorsale était un peu élevée, chaque jambe était placée dans un compartiment spécial ; une poignée à la tête et aux pieds permettait de transporter facilement le petit malade. Tout bon menuisier pourrait reproduire cet appareil. Que l'on choisisse l'un ou l'autre de ces moyens, tous ont le même but : celui de fixer l'enfant de telle façon que le tronc et les cuisses étant bien immobiles, la hanche soit tout à fait au repos ; on ne devra lever l'enfant, et cela avec les plus grandes précautions, que pour nettoyer l'appareil, le poudrer et laver surtout le petit malade, tous soins qui, bien que d'une grande banalité, doivent être rigoureusement exécutés. Les enfants placés dans leur gouttière pourront être portés au grand air, au soleil, dans une atmosphère balsamique (bois de sapins) si on le peut, car l'hygiène devra toujours entrer dans le traitement pour une large part.

En règle générale, les douleurs de la coxalgie, même les plus violentes, sont calmées par l'immobilisation ; l'enfant repose mieux, dort et reprend son appétit. On a parfois conseillé, quand elles persistaient, d'appliquer au pied une traction douce, qui maintiendrait le membre dans l'extension, au moyen d'un poids et d'une poulie qu'on adapte au pied du lit. Holmes insiste sur cette méthode, et prétend en avoir tiré de bons résultats ; d'après lui et beaucoup d'autres auteurs, on diminue ainsi la pression réciproque des surfaces articulaires et même on empêche la progression des altérations osseuses. Nous ne pouvons actuellement juger de la vérité de cette assertion, mais c'est un moyen qu'on pourra quelquefois utiliser avec prudence.

Quand il y a *flexion de la cuisse sur le bassin*, les indications changent un peu ; car il faut bien se pénétrer de ce fait que la flexion est produite par une contracture reflexe, dont le point de départ est la douleur et que la flexion empêche à son tour la douleur de se calmer. Aussi, *tant qu'il n'y a pas d'abcès*, et lorsque l'on a affaire à une coxalgie récente, très douloureuse, il faut absolument corriger les attitudes vicieuses. On doit avoir, en le faisant, un double but : 1° calmer les douleurs et les phénomènes inflammatoires ; 2° mettre le membre dans la position la plus favorable pour guérir avec ou sans ankylose ; et pouvoir dans la suite être utile au malade.

Cette indication, si nette, nous permet d'éliminer dès maintenant de notre étude les appareils qui maintiennent la cuisse demi-fléchie, entre autres l'appareil à extension continue de Martin et Collineau qui, dans le traitement de la coxalgie, ne peut être que condamnable.

Deux méthodes sont en présence pour opérer le redressement de la cuisse fléchie : le procédé lent et le procédé brusque. La méthode lente a eu de nombreux partisans, et nous croyons que, bien souvent aussi, elle a été employée un peu par timidité, lorqu'un médecin, sollicité par une famille éplorée, n'aurait osé proposer de redresser brusquement le membre et surtout d'endormir l'enfant. On a pu arriver à corriger des attitudes vicieuses de la cuisse rien que par le décubitus horizontal dans la gouttière, et l'immobilité ; *il est même bon* d'attendre quelques jours si cette correction va s'opérer seule.

D'autres fois, on a comprimé le genou et la cuisse avec des liens, en augmentant tous les jours leur constriction, de façon à redresser progressivement la cuisse. Dans quelques cas encore, on peut essayer cette méthode, mais nous ferons

remarquer, et nous croyons, d'après les observations que nous avons parcourues et les malades que nous avons suivis, qu'elle s'accompagne souvent de phénomènes douloureux qui, par leur persistance, présentent un danger sérieux. De plus, maintes fois on est obligé d'interrompre ce travail de redressement, à cause des douleurs aiguës qui peuvent se réveiller, du gonflement qui survient et qui peut hâter le développement des abcès périarticulaires. En somme, nous croyons que, quand la cuisse ne se redresse pas toute seule sous l'influence du décubitus dorsal, mieux vaut employer franchement les procédés brusques que les méthodes de douceur qui, bien souvent, n'ont abouti qu'à une flexion plus marquée et à une aggravation de la maladie.

Le *redressement brusque, pour être efficace, doit être fait avec lenteur et douceur*. Expliquons-nous sur ce contraste apparent de ces termes. Le malade doit être profondément anesthésié, de façon à obtenir la *résolution musculaire complète*. Puis, tandis qu'un aide fixe solidement le bassin, le chirurgien saisit la cuisse et fait de petits mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction, en détruisant progressivement les résistances qui s'opposent à ses efforts. Il faut patiemment pratiquer ces manœuvres, jusqu'à ce que l'articulation soit absolument libre et mobile. Quelquefois on aura affaire à des roideurs si considérables qu'il serait imprudent de les détruire en une seule séance. Aussi ne faut-il pas pousser les manœuvres au-delà de 15 à 20 minutes pour une séance; on replacera ensuite l'enfant dans sa gouttière et on le soumettra à l'immobilité jusqu'à ce que les phénomènes douloureux, qui suivent l'opération, aient cessé, ce qui demandera toujours une dizaine de jours. On fera ensuite une seconde séance pour compléter le redressement.

Souvent on sera tourmenté par les malades, ou leur famille qui, ennuyés de ce séjour prolongé dans la gouttière, demanderont un autre traitement; ils voudront se lever, appuyer au moins sur la jambe qui a conservé sa force. Quand la coxalgie sera très douloureuse au toucher, quand elle aura commencé par des phénomènes aigus et que des exacerbations se montreront de temps en temps, il ne faut pas céder, *la gouttière est le seul traitement rationnel*. Ce n'est que dans les formes torpides, peu ou point douloureuses, ou bien quand un décubitus assez prolongé aura calmé les phénomènes articulaires que l'on sera autorisé à employer d'autres appareils, et on les appliquera alors avec ou sans redressement préalable suivant les cas. Ils permettront aux malades de marcher en s'aidant d'une paire de béquilles, de se lever et de s'habiller. Le meilleur de ces appareils est, sans contredit, l'appareil silicaté de Verneuil. Bien qu'il soit décrit à peu près partout, nous croyons utile de rappeler quelques points très importants de son application.

Le malade endormi est revêtu d'un maillot d'acteur parfaitement collant et capitonné en dehors d'une couche d'ouate peu épaisse et régulière. On l'augmentera considérablement au niveau des épines iliaques, du sacrum, de la colonne vertébrale, afin d'éviter des compressions douloureuses qui pourraient amener des eschares. Puis on applique une première couche de bandes de toile qui font le tour de la cuisse, en commençant à quelque distance au-dessus du genou, et qui vont entourer le bassin, en passant obliquement au-dessus de l'anus et de la région génitale et au-dessous du pli génito-crural. Pour éviter la déformation possible de l'appareil, il faut toujours avoir soin d'y incorporer, sur cette première couche d'ouate et de bandes, des attelles de fil de fer qui, tout en pouvant se modeler, présentent une sérieuse résistance. L'une d'elles est en T; sa branche horizontale, large de 6 à 8 cent. fait le tour de l'abdomen; ses deux extrémités se réunissent sur le côté sain. On y ajoute une branche verticale qui descend en dehors, perpendiculairement sur la région trochantérienne et la face externe de la cuisse.

Enfin, pour empêcher encore mieux la flexion, on dispose une autre attelle qui peut s'unir à la ceinture et qui passe sur la partie antérieure de la cuisse. Au-dessus on applique une épaisse couche de bandes imbibées de silicate de potasse ou de plâtre, comme on le préfèrera; on aura soin de couper le maillot à 4 ou 5 centimètres au-delà des limites de l'appareil, afin de le replier sous les bandes et de faire de tous côtés un bord mousse et doux à la pression. De la sorte, on aura un appareil formé d'une portion abdominale remontant un peu au-dessus de l'ombilic et d'une portion fémorale descendant au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Il empêchera la flexion, l'abduction et tous les autres mouvements de la jointure. Cet appareil, bien fait, peut être longtemps supporté, et on en a tiré les plus heureux résultats.

Combien de temps le malade devra-il être soumis à l'immobilité? Question bien délicate et bien insidieuse. On a vu provoquer des mouvements, et des rechutes survenir rapidement. Nous pensons qu'il faut, pour se décider, examiner longuement la jointure, en palper tous les points comme au premier jour. On ne devra, croyons-nous, permettre de lever le malade que quand : 1° il n'existe plus de douleurs spontanées nocturnes. 2° Quand on ne peut, par la percussion et la pression méthodiques dans l'aine, au grand trochanter ou au talon, réveiller aucune douleur, et que l'enfant est capable de se tenir sur les deux pieds et surtout sauter à cloche-pied sur le membre malade. Sinon il faut prolonger le repos pendant une nouvelle période, aussi nous nous garderons bien de fixer une date précise pour la suppression des appareils.

Ces modes de traitements bien conduits, appliqués dès le début des coxalgies, combinés avec une hygiène réparatrice, amélioreront habituellement les malades et souvent pourront arrêter les progrès du mal. Peut-on espérer une guérison totale ? Nous ne saurions trouver une meilleure réponse que dans une discussion des plus intéressantes soutenue récemment à la *Société de Chirurgie* (1).

MM. Trélat et Ollier ont en effet érigé en principe que, si les synovites coxo-fémorales et sur-

(1) Bulletin de la Soc. de Chirurgie 1881,

tout la rhumastimale, peuvent guérir sans déformation, toutes celles qui sont accompagnées de lésions des cartilages ou des os, même légères, laissent toujours quelques traces, ne fût-ce qu'une limitation des mouvements extrêmes.

Quand tous les phénomènes inflammatoires semblent terminés, quand l'enfant est en état de marcher et de s'appuyer sur sa hanche, il peut y avoir une ankylose plus ou moins complète. Quelle doit être la conduite du chirurgien ? *L'ankylose est incomplète* ; il faut se défier et surveiller attentivement le malade. Deux doctrines sont encore actuellement en présence. L'école américaine, imitée par quelques chirurgiens d'Europe, a vivement recommandé l'usage d'appareils destinées à aider les mouvements. Nous ne ferons qu'indiquer les nombreux instruments construits à ce sujet; ceux de Davis, de Sayre, de Mathieu et de beaucoup d'autres. Tous prennent un point d'appui sous les aisselles, et ont une portion fémorale et jambière dont les articulations permettent d'exercer sur la cuisse des tractions qui doivent diminuer la pression des surfaces articulaires. M. Lefort, en 1865, soutint devant la Société de chirurgie, dans la séance du 12 avril, les avantages de ces moyens; mais l'illustre orthopédiste, Bouvier, combattit ses propositions. Actuellement, la chirurgie française n'a point encore trouvé de sérieux avantages dans l'emploi de ces appareils très coûteux, et qui, bien souvent, ne tiennent pas toutes leurs promesses. Bonnet et quelques autres avaient pensé à rétablir les mouvements, mais lui-même reconnut bientôt les mauvais effets de cette pratique et aujourd'hui nous pensons que la conduite conseillée par Ollier est encore plus sage. Partant de ce fait que dans l'enfance presque toutes les coxalgies tiennent à des lésions osseuses et qu'après la guérison apparente il peut rester des foyers d'ostéomyélite chronique tout-à-fait latents, il dit : « Que l'ankylose doit être « respectée et même recherchée ; que toute coxal« gie qui ne s'est point terminée par une anki« lose vraie doit être surveillée pendant plusieurs « années, qu'il faut continuer l'usage des béquil« les, pratiquer l'extension nocturne et coucher tous « les soirs l'enfant dans sa gouttière, afin de « donner à sa jointure des moments de repos « parfait. »

Les récidives ou plutôt les rechutes sont loin d'être rares; en effet, qu'elles s'accompagnent, comme le veut M. le professeur Verneuil, à une paralysie des muscles fessiers, ou bien qu'elles soient dues à un réveil de la lésion du squelette.

Quand il y a une *ankylose complète*, y a-t-il à intervenir? Si le membre est dans une bonne position la rectitude, n'intervenez jamais, ne tentez pas une manœuvre de complaisance qui pourrait avoir les plus tristes résultats. D'ailleurs, surtout si le sujet est jeune, la marche sera dans la suite bien peu gênée; des mouvements s'établissent dans l'articulation sacro-iliaque et les sujets finiront par marcher presque sans fatigue, et faire de longues courses malgré une claudication qui persiste.

Mais l'ankylose a pu se faire dans une *attitude vicieuse*, et on est sollicité pour redresser le membre. Là, encore, il faut résister, car si on touche à une ankylose chez un scrofuleux, on est exposé, comme on l'a vu parfois, à voir survenir une poussée inflammatoire aiguë avec suppuration et tout ce qui en découle. Nous avons entendu raconter à M. le Dr de Saint Germain, dans une leçon clinique de cette année, deux faits de redressement très heureux. Dans un cas, au moyen de puissantes pressions, il redressa la cuisse chez une jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'une coxalgie, avait une ankylose avec flexion et adduction, position ennuyeuse pour elle, attendu qu'elle désirait se marier quelque temps après. Il sentit, au moment du redressement, un très fort craquement qu'il attribua à la rupture d'une stalactite osseuse. Une légère arthrite suivit et tout les mouvements de la hanche reprirent leur liberté. Dans un autre cas analogue, il fractura probablement le col du fémur, puis immobilisa le membre, le malade guérit avec ankylose dans la rectitude. Ces faits sont encourageants il est vrai, mais hardis. Cependant peut-être pourrait-on suivre la même pratique que l'éminent chirurgien des Enfants assistés chez un sujet vigoureux parfaitement guéri, comme état général, et ne présentant aucune trace de scrofule ou de tuberculose.

On trouve dans les bulletins académiques de Belgique(1) une observation de section sous cutanée du col du fémur faite pour détruire une ankylose vicieuse datant de 20 ans. La guérison a été favorable, mais très longue, à cause d'accidents de suppuration et d'hémorrhagies. L'ostéotomie pourrait être tentée, mais si nous nous rapportons à cette observation seule nous restons convaincus qu'il serait besoin d'en faire une étude très complète avant de la pratiquer.

Pour nous résumer, qu'on nous permette de poser quelques conclusions :

1° La coxalgie, au début, doit être traitée par l'immobilisation absolue dans la gouttière ou tout antre appareil analogue: et ce n'est que quand les douleurs ont cessé que l'on peut appliquer l'appareil silicaté de Verneuil.

2° La liberté ne sera rendue au membre que lorsque tous les phénomènes inflammatoires auront disparu, et encore faudra-t-il surveiller la convalescence durant *plusieurs mois*, même *plusieurs années*.

3° L'ankylose devra être respectée; et ce n'est que dans quelques cas qu'on sera autorisé à tenter le redressement brusque.

Nous n'avons point parlé, et cela à dessein, des moyens topiques employés autrefois : ils n'ont aucune utilité, vu la profondeur de la jointure; tout au plus pourra-t-on appliquer quelques séries de pointes de feu. Tout le traitement est mécanique et médical, car la bonne nourriture, les toniques, une hygiène sévère sont là, plus qu'ailleurs, formellement indiqués.

(1) Servais (Bulletin accadémique de Belgique, 1881 p. 465.)

B. Traitement des coxalgies suppurées.

Tous les moyens dont nous avons parlé peuvent ne pas arrêter l'évolution destructive de la coxalgie, et il arrive un moment où des collections purulentes se forment, soit autour de la jointure, soit à l'intérieur de celle-ci. Parfois aussi on constate ces abcès déjà formés au moment où l'on est appelé pour la première fois à donner des soins au malade. Nous ne reviendrons pas sur le siège de ces abcès, nous en avons parlé à propos du diagnostic ; nous dirons seulement que tant qu'ils sont profonds, ils attirent peu l'attention. *Un abcès est constaté*, que faut-il faire? Si le malade était auparavant abandonné à lui-même, il faut l'immobiliser rigoureusement ; il existe en effet des observations dans lesquelles le repos seul, uni au traitement général, a suffi pour faire disparaître une collection purulente. Si, malgré le repos, l'abcès augmente, il faut *donner issue au pus*. On a autrefois attendu l'ouverture spontanée de ces abcès ; nous avons déjà insisté dans notre étude sur le traitement des abcès froids (1), sur les inconvénients de cette méthode. Nous avons aussi montré que la méthode des aspirations capillaires exposait à de sérieux dangers. N'attendez donc pas que le pus ait distendu douloureusement les parties molles ; mais, aidés des pansements antiseptiques modernes, ouvrez hardiment ces abcès. La méthode de Lister combinée avec les procédés de drainage est là grandement utile.

M. Lucas-Championnière, dans son Traité de la *Chirurgie antiseptique*, recommande vivement cette pratique. Il faut ouvrir l'abcès en un ou plusieurs points, de façon à ce qu'il n'y ait aucune stagnation du pus ; laver sa paroi interne avec la solution de chlorure de zinc et appliquer le pansement antiseptique. Il sera souvent aussi très utile de placer des drains qui permettront au pus un écoulement facile, et au moyen desquels on pourra nettoyer le foyer de suppuration. L'ouverture et le drainage ont eu souvent raison d'abcès consécutifs à la coxalgie ; mais il ne faut pas oublier qu'on a affaire à une lésion articulaire et qu'il peut en outre exister, au voisinage, des foyers d'ostéite, point de départ de suppurations intarissables. Or, là est le danger, car cette suppuration est pour le malade une source d'épuisement qu'il faut tarir. Nous croyons que la pratique moderne de la chirurgie ne peut se contenter d'attendre patiemment que la suppuration et les lésions osseuses veuillent bien s'arrêter : le malade peut mourir en attendant ; il peut être emporté par une septicémie lente, la stéatose viscérale, et même bien souvent par la tuberculose. Et d'ailleurs quand même il devrait guérir au bout de plusieurs mois, de plusieurs années même de suppuration, n'est-il pas préférable de diminuer, si on le peut, la longueur de sa maladie? Il faut donc agir, mais de quelle façon?

Nous touchons là à des questions intéressant au plus haut point la pratique chirurgicale, nous ne craindrons pas de nous y étendre un peu, tant est important le sujet que nous abordons. D'ailleurs nous prenons pour base de nos réflexions un remarquable travail de M. Ollier publié cette année (1).

On est décidé à ouvrir un abcès coxalgique siégeant à la partie antéro-externe de la cuisse, c'est le cas le plus fréquent. Il faut alors avoir pour but, non-seulement de vider l'abcès mais de rechercher le point de départ du pus. Aussi devra-t-on faire une incision évacuatrice utilisable, si on est obligé de faire plus. On pratiquera donc une section assez étendue longitudinale sur le milieu de la région trochantérienne, le pus s'écoulera, et on pourra explorer le foyer. M. Ollier conseille une incision elliptique à sommet inférieur passant sur la face externe du grand trochanter, remontant en avant et en arrière de ce point, à 6 ou 8 centimètres, et intéressant peau et muscles. De cette façon, on découvre la surface trochantérienne et si, comme il arrive parfois, cette portion du fémur est malade, immédiatement on en pratique l'évidement. Disons, en passant, qu'il arrive souvent qu'on vous présente des malades atteints d'ostéite chronique suppurative du grand trochanter, simulant une coxalgie et que l'on guérit par cette opération. Mais les lésions vont plus loin, vous relevez alors le lambeau demi circulaire d'Ollier et vous découvrez toute la partie supérieure du col fémoral, vous pouvez même aller jusqu'à la jointure, et alors, vous armant des cuillers tranchantes et des rugines, vous pouvez détruire tout ce qui est malade, faire une abrasion exacte de la surface de la jointure.

C'est là une opération longue, pénible, où il faut toute la patience d'un praticien consommé, mais qui peut avoir d'excellents résultats. Comme les surfaces osseuses abrasées doivent suppurer, il faut ménager au pus, au moyen d'un drainage bien fait, une issue facile ; on pourra toutefois, par quelques points de suture, refermer la plaie incomplètement. Les surfaces osseuses malades se modifient ; un tissu embryonnaire se produit, et, si l'état général du malade s'améliore, une ankylose osseuse peut s'établir après une suppuration plus ou moins longue. Il est bien entendu que, pendant le traitement, on a placé le malade dans la rectitude, afin d'avoir une bonne position et un membre utile.

Mais il est des coxalgies à marche fatalement progressive, que toutes les méthodes de traitement rationnelles ne peuvent arrêter. Les ponctions, les incisions, l'arthrotomie et le drainage antiseptique, l'immobilisation dans des gouttières portatives n'empêchent pas les lésions de progresser et il faut en venir à une méthode plus radicale. Nous voulons parler de la *Résection de la hanche*. Cette opération qui appartient à la chirurgie moderne ne peut pas être jugée sainement d'après les statistiques qui ont été publiées. Elles renferment des cas très différents et peu comparables. Un premier fait se dégage de leur examen ; Culbertson a fait remarquer que la mortalité brute, après la résection, était d'autant plus grande que

(1) Concours Médical. 1881. nº 40, p. 482.

(1) Ollier. — Revue mensuelle de chirurgie 1881, p. 177, 349, 548. De la résection de la hanche.

l'on opérait des sujets plus âgés de 25 0[0 chez les enfants de 5 à 10 ans, elle augmente beaucoup après et dépasse 33 0[0.

Il faut aussi remarquer que la mortalité est plus considérable dans les statistiques françaises que dans les autres, celles de Good et de Holmes, par exemple, qui portent sur des cas opérés en Angleterre. Cela tient à ce qu'en France on a réservé l'opération à des cas tout à fait désespérés, tandis que beaucoup d'opérateurs étrangers ont opéré des coxalgies plus récentes et qui peut-être eussent pu guérir par d'autres moyens.

Nous trouvons, dans le récent travail d'Ollier, une statistique de 17 cas, dans laquelle trois sujets, seulement sont morts, peu de jours après l'opération, de septicémie, de pyohémie et de granulose aiguë. Trois autres sont morts plus tard de tuberculose pulmonaire. Cette maladie est donc la principale pierre d'achoppement du résultat opératoire. Mais n'a-t-elle pas d'autant plus de chances de se produire qu'on aura attendu plus longtemps pour reséquer un coxalgique qui suppure ? Et comme le dit Ollier : Puisque la coxalgie de l'enfance est le plus souvent ostéopathique et d'origine tuberculeuse, la résection hâtive, qui supprime d'un seul coup les foyers tuberculeux, n'est-elle pas le plus sûr moyen de tarir la suppuration et de prévenir l'infection tuberculeuse générale? Cette doctrine trouve encore un appui, disons-le en passant, dans les recherches que M. Lannelongue a publiées à propos des tubercules des os et dans lesquelles il montre que, dans tout os où existe un foyer tuberculeux, il ne tarde pas à se montrer des granulations sur d'autres points : de là à l'infection générale de l'organisme, il n'y a qu'un pas.

La tuberculose pulmonaire confirmée sera donc une contre-indication à l'opération; la coïncidence d'une lésion osseuse de nature tuberculeuse avec la coxalgie, indiquant la nature de celle-ci, prescrira au contraire d'agir, et d'agir promptement.

Mais on doit aussi s'inquiéter du résultat fonctionnel de la résection pour le malade et de l'utilité du membre.

Les recherches anatomo-pathologiques expérimentales et cliniques reprises et consignées dans le travail d'Ollier ont montré que plus la résection est hâtive, c'est-à-dire moins les tissus sont altérés au moment de l'opération, plus on a de chances sérieuses d'obtenir une néarthrose mobile et parfaite; c'est ce qui explique les beaux résultats consignés dans la statistique de Good. Ils tiennent sans doute à cette particularité, que l'opération était hâtive, et pratiquée sur une jointure peu altérée. Mais, aujourd'hui, on ne se croit autorisé à réséquer hâtivement une hanche que dans certains cas bien rares d'arthrite suraiguë par ostéomyélite consécutive ou non au traumatisme; et on comprend qu'alors il soit possible d'obtenir, à condition de pratiquer rigoureusement la méthode sous-périostée, une articulation nouvelle solide et mobile. La plupart du temps on ne recourt à la résection, et c'est peut-être un tort, que lorsque l'on voit les accidents s'aggraver, malgré le drainage et les incisions antiseptiques. On travaille au milieu de tissus lardacés, désorganisés, parcourus par des trajets fistuleux et qui suppureront fatalement; aussi ne doit-on pas s'attendre à obtenir une réparation parfaite, une articulation mobile.

Quelquefois, par un traitement post-opératoire bien dirigé, on y arrivera, au moyen de mouvements passifs, d'appareils contentifs ; mais nous pensons qu'au point de vue de l'utilité réelle du membre il ne faut pas être si difficile. L'articulation nouvelle sera toujours une sorte d'arthrodie plus ou moins parfaite; et ses mouvements auront une laxité dangereuse; de plus, à cause de la nature même des lésions osseuses primitives, des récidives seront toujours à craindre. C'est pourquoi nous croyons préférable de chercher à obtenir après la résection d'une hanche malade depuis longtemps, une ankylose solide et résistante. Nous le ferions d'autant plus volontiers que le raccourcissement après les résections n'est pas plus considérable que celui qui survient dans les cas de guérison spontanée par ankylose après luxation de la tête ou élimnation de sequestres.

Nous pensons donc qu'actuellement il faut être fermement partisan de la résection, toutes les fois que l'incision et la rugination n'auront pas suffi ; nous ajouterons qu'il ne faut pas *trop attendre* de peur d'aggraver et l'état général et l'état local. Enfin, nous conseillons la résection, même comme préparation à l'ankylose, car elle diminue la longueur de la maladie.

Nous ne décrirons pas les procédés opératoires connus, mais nous ferons seulement remarquer que le procédé nouveau proposé par Ollier, dont nous avons parlé plus haut, peut aussi bien convenir à la résection comme à l'arthrotomie coxo-fémorale suivie ou non d'abrasion. Il nous paraît très bon parcequ'il permet de ménager autant et aussi peu d'os que l'on veut et que, pour la réparation, il réunit tous les avantages d'une résection rigoureusement sous-périostée.

Dr Hambar.

Erratum

« Nous avertissons nos lecteurs que deux erreurs se sont glissées dans notre dernier article sur les *métrorragies*

1° C'est M. Marrotte qui est l'auteur de l'article sur les *fébri-névralgies de l'isthme du gosier* auquel nous avons fait allusion. Les cas analogues observés par M. Huchard ont été décrits par lui sous le nom d'*angines névralgiques* (*Journ. de Méd. et de Chirurgie pratiques*, 1881).

2° Il faut lire non pas 0,40 centigrammes bien entendu, mais 0,04 *centigrammes* d'extrait d'aconit, et il est bon de spécifier qu'il s'agit de l'*extrait de racines*, le seul actif et non pas de l'extrait de feuilles. »

Paul Gerne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

COMMISSION DE RÉVISION

DE LA

LÉGISLATION MÉDICALE

—

EXTRAIT

Du Procès-Verbal de la troisième Séance.

La Commission de révision de la législation s'est réunie pour la troisième fois le mercredi 21 décembre 1881 à 4 heures.

Etaient présents MM. les Docteurs :

GASSOT, BIBARD, LANDUR, MONIN } *Membres de la commission.*

CHEVANDIER } *Membre de la Chambre des députés*

CÉZILLY, *Président.*

GEOFFROY, *Secrétaire.*

LABURTHE, LOUIS JUMON, AUDIGÉ } *Membres du Concours médical*

MM. les docteurs *Decool* et *Marguerittе* s'étant fait excuser de ne pouvoir assister à cette séance, communication leur sera faite du procès-verbal.

M. le *Président* donne lecture des lettres par lesquelles se sont excusés MM. les docteurs *Soye*, député de l'Aisne, *Forne*, député des Pyrénées-Orientales, *Garrigat*, député de Bergerac et M. le Dr *Ribard* (de Meudon).

La *Commission* examine et discute les différentes questions qui font partie de son ordre du jour: Exercice illégal. Médecine étrangère. Proposition de loi Roger-Marvaise.

Elle fixe sa quatrième séance au mercredi 11 janvier 1882, à 4 heures.

Ordre du jour de la quatrième séance.

LECTURE DES DIFFÉRENTS ARTICLES DÉJA ADOPTÉS PAR LA COMMISSION.

PUBLICATION OFFICIELLE DES LISTES DE MÉDECINS.

EXAMEN DE CETTE QUESTION:

La privation du droit d'exercice peut-elle devenir, pour le médecin, le résultat d'une condamnation à une peine infamante ?

La séance est levée à 7 heures 1/4.

Le Secrétaire,

GEOFFROY.

EXERCICE ILLÉGAL

II

Les bonnes sœurs et la pharmacie

Voici une lettre qui présente la question sous un nouveau jour; et j'ose le dire, sous un jour tout à fait imprévu.

Elle m'a paru, à moi qui ne suis pas du métier, assez juste et de bon sens. Si cependant elle souffrait quelques objections que je ne prévois pas, les colonnes du journal sont ouvertes aux réclamants.

Le *XIXe Siècle* a trop de lecteurs parmi les médecins et les pharmaciens, pour qu'il plaigne jamais la place attribuée dans le journal aux questions qui les intéressent.

Voici la lettre. Je retranche naturellement les compliments obligés du début :

On vient se plaindre que les bonnes sœurs font de la pharmacie. Mais où diable iraient-elles prendre les matières premières, si droguistes et pharmaciens ne les leur vendaient?

Tenez, je vous citerai un exemple frappant. Je suis en ce moment dans une pharmacie à N... : on y vend aux sœurs, à des prix doux (cela va de soi), des médicaments de toute sorte, en gros, ce qui constitue chaque fois un envoi d'une certaine importance; un voyageur dirait : une commission.

Parmi ces médicaments figurent la morphine, l'atropine, poisons de la plus grande énergie. Qu'est-ce que le chlorate de potasse à côté d'eux? Comment! on met entre les mains des bonnes sœurs les moyens de tenir officine ouverte, on leur délivre les médicaments les plus sérieux, c'est le pharmacien lui-même qui les remet à la sœur, et ce même pharmacien viendra se plaindre auprès des magistrats!

Mais rien n'est plus ridicule.

C'est le pharmacien que l'on devrait châtier avant les sœurs, qui profitent comme toutes les congrégations, de tous les moyens qui leur sont offerts pour spéculer et gagner de l'argent.

Voilà où est le mal.

Je suis sûr de ce que j'avance, car moi-même j'ai préparé pour les sœurs des médicaments, tant à N... que partout où j'ai été élève. Bien souvent je me suis révolté en moi-même, et, modeste élève, j'ai fait au patron mes observations avec crainte.

Lui, il en riait. Il m'objectait ses intérêts commerciaux.

Mais, en ce cas, qu'est-ce que le corps pharmaceutique a donc tant à se récrier? On veut relever le niveau moral de notre profession; les pharmaciens se plaignent de n'être pas considérés! A qui donc la faute? Si l'on veut que la pharmacie soit respectée, il faut mettre, avant la question commerciale, la question de conscience, de probité. On doit aimer sa profession, non comme commerce, mais comme une carrière noble, issue d'études scientifiques. On doit en être fanatique au besoin; l'on doit avoir foi dans les médicaments qu'on délivre et non, comme à Paris surtout, coller (argot du métier) pour dix ou quinze francs de médicaments à un pauvre malheureux qui vient vous demander conseil. C'est par là qu'on relèvera la pharmacie et qu'on arrêtera la concurrence. Le pharmacien loyal, qui a conscience de sa tâche, ne délivrera rien aux sœurs.

Non seulement c'est l'intérêt professionnel qui est en jeu, mais que devient la santé publique ? Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on entende souvent prononcer une condamnation pour homicide par imprudence.

Que si un pharmacien vient se plaindre auprès de

vous, vous avez pleinement le droit de lui dire : c'est le corps pharmaceutique qui est l'auteur du mal qui lui arrive. Que voulez-vous que je fasse de vos plaintes ? C'est à vous à prendre en main la garde de vos intérêts.

A vous, qui savez toujours défendre le faible, qui savez dénoncer les abus, j'ai tenu à faire ces observations, afin que vous sachiez de quelle façon les choses se passent.

Je n'ai aucune autorité ; je n'ai nullement l'intention d'en imposer à qui que ce soit. Je suis trop jeune et j'ai trop peu d'expérience. Mais j'ai cru ne pas avoir fait mal en vous montrant de quelle façon se fait le commerce de la pharmacie.

Veuillez recevoir, monsieur, l'assurance de la plus parfaite considération d'un de vos lecteurs assidus.

Dame ! si les choses sont ainsi, et il me paraît bien qu'elles doivent se passer de la sorte, ce serait aux pharmaciens d'abord à faire leur *mea culpa*. Ils n'auraient à s'en prendre qu'à eux-mêmes du tort qui leur est fait.

Mais je soupçonne nos bonnes sœurs de s'approvisionner le plus souvent en gros chez les droguistes.

Les droguistes sont-ils autorisés à vendre au premier venu des substances réputées vénéneuses ?

FRANCISQUE SARCEY.

Oui, chacun peut faire son *mea culpa*.

Disons d'abord que nous nous sentons peu de sympathie pour le jeune Eliacin de la pharmacie, si peu indulgent pour les petites misères de la profession dont il fait l'apprentissage, et qui fait part à l'éminent écrivain des fruits de son *inexpérience*.

Les coupables sont les pharmaciens et les médecins. Nous n'avons pas charge de défendre les pharmaciens qui vendent aux commerçants leurs médicaments, malgré les prescriptions de la loi. Ils s'excusent en disant qu'ils rendent ainsi service au malade, en fermant la porte aux drogues sans valeur de la basse droguerie. Ils rognent leurs bénéfices par cette vente en gros ; ils supportent un état de choses, qu'ils n'ont point créé volontairement, mais qu'ils ont été forcés de subir. Ils savent en effet ce qu'ignore le jeune apprenti : qu'à leur défaut le droguiste est là.

Les médecins sont encore plus désarmés que les pharmaciens; il est de nos confrères qui formulent des ordonnances, qu'exécutent les religieuses; d'autres ferment les yeux, d'autres, et c'est le plus grand nombre, après s'être révoltés sans succès, plient bagage et s'en vont porter leur infortune ailleurs. Le défaut d'union oblige les médecins à ces expédients; et ils ne s'affranchiront du joug que le jour où ils seront unis; c'est ce que nous leur prêchons sans cesse.

Quant aux droguistes, *ils vendent tout ce que le premier venu leur demande, poisons et farine de lin*, à l'ombre d'une loi impuissante, et il est peut-être heureux que les sœurs ne s'adressent pas davantage à eux.

Vingt-trois départements sont encore des sœurs qui exercent la médecine et la pharmacie, notamment l'Orne, les Vosges, le Maine-et-Loire, la Haute-Marne, la Sarthe, l'Ile-et-Vilaine, la Meuse et le Jura. Les commissions d'inspection ont signalé ces abus et l'administration ne peut tarder d'agir : c'est le seul moyen de couper court aux abus dont sont victimes les médecins et pharmaciens et, avant tout, le public.

Le corps médical doit être tout particulièrement reconnaissant à M. F. Sarcey de l'intérêt qu'il prend, dans ses spirituelles causeries, à des questions qui nous touchent de si près.

* * *

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours* que vous avez besoin des numéros 1, 2 et 3 de cette année. Vous montrez tant de dévouement pour la cause médicale, que je me fais un véritable plaisir, Monsieur le Directeur, de vous les faire parvenir de suite. Je tiens certainement à mon journal, mais, comme dans mon humble sphère, je ne puis pas rendre au *Concours médical*, la millième partie de ce qu'il fait pour nous, *pour nous surtout humbles praticiens des campagnes*, je tâcherai donc, par tous les moyens en mon pouvoir, de participer aux efforts que vous tentez pour relever notre profession tombée si bas dans nos contrées.

Je m'associe parfaitement à la lettre IV, signée V. L., relatée dans le dernier numéro du *Concours*. Ce confrère dépeint très bien la position du pauvre médecin de campagne. Nos confrères de la ville, et les princes de la science ne se font pas idée des luttes, des déboires et de la misère du malheureux praticien.

Voilà bientôt vingt-cinq ans que je suis dans le pays. Les dix ou douze premières années, je gagnais honorablement ma vie. Je courais beaucoup, et jour et nuit. Il faut vous dire qu'il n'y avait pas de sœurs. J'avais deux chevaux, depuis qu'il est venu des sœurs, c'est-à-dire depuis sept à huit ans, je n'ai plus qu'un cheval, et encore il est à l'écurie la plupart du temps. J'ai voulu hasarder quelques observations : clergé, château et dévotes, tout s'est ligué contre moi, et si je n'avais quelques ressources personnelles, il me serait impossible de vivre et d'élever ma famille.

Le maire, gros châtelain, prend la sœur sous sa protection, le curé en fait autant. Que voulez-vous faire ? Cependant il faut vivre.

Un gros pharmacien droguiste me montrait dernièrement une note de *six mille francs* qu'il allait toucher dans une communauté à cinq kilomètres de chez moi et il n'est pas le seul fournisseur.

Un pharmacien des environs, membre du jury pour l'inspection des pharmacies (il ne l'est plus depuis un an), me disait qu'il faisait souvent des envois de 30 à 40 litres d'huile de ricin dans cette communauté ; de quoi purger tout le département! Mon confrère voisin m'affirmait que cette communauté lui enlevait plus de 1,200 fr. par an. Que voulez-vous dire ? Que faire? Si vous vous plaignez, vous êtes perdu. Un jeune confrère est venu s'établir chez moi depuis deux à trois ans. Il a été plus fin que moi. Il a pris la sœur sous

sa protection ; elle visite les malades : il signe les ordonnances de la sœur, le clergé le soutient ; il fait quelques affaires. Tout cela n'est pas jalousie, croyez-le bien ; mais si je me permets tous ces détails, c'est dans le but unique de vous faire connaître la triste position des médecins de campagne. Tant qu'on n'enlèvera pas tous médicaments aux sœurs, même les médicaments simples, il en sera ainsi. L'amour de l'argent l'emportera toujours.

En outre, dans notre contrée, les sœurs ne sont pas seules à faire de la médecine et à vendre des médicaments ; les sages-femmes en font tout autant. Tous les épiciers débitent également des drogues. Dernièrement le jury médical a taxé les sœurs à 4 et 6 francs pour vente de médicaments. Je ne m'explique pas cela car il me semble qu'en les taxant, on les autorise. Ce qui m'étonne le plus, c'est de voir des pharmaciens vendant des quantités de médicaments aux sœurs, aux sages-femmes et aux épiciers.

Veuillez donc, Monsieur le Directeur, continuer vos efforts en notre faveur. Depuis quelque temps la presse commence à s'occuper de nous, peut-être, un jour fera-t-on droit à nos justes et tardives réclamations.

J'ai l'honneur, etc. Elie Boissellier.

Nous avons souligné l'expression *humble médecin de campagne*. Pourquoi humbles, si nous avons la conscience des services que nous sommes appelés à rendre ? Pourquoi humbles, si nous réfléchissons au crédit dont nous jouissons, crédit dont la preuve se fait par le nombre des médecins députés et sénateurs qui se trouvent dans les assemblées ?

Une profession qui est arrivée à avoir à la Chambre *un législateur sur dix*, sortir de son sein, est une profession qui s'ignore.

Ses revendications ne seront pas admises, certes, si elles ne sont pas légitimes. Mais ce qu'elle réclamera, à juste titre, pour faire à ses membres la situation qui leur appartient, elle peut être bien assurée qu'il est en son pouvoir de l'obtenir, si elle sait ne laisser au seul *intérêt de la Société* le droit de l'emporter sur le sien propre.

III

Le Secret professionnel.

Piousat, ce 30 novembre 1881.

Monsieur et très honoré Confrère,

En ma qualité de membre du « *Concours médical* » je viens vous demander conseil sur la conduite à tenir dans la circonstance suivante :

J'ai été appelé dernièrement pour donner des soins à un individu qui avait été battu par son beau-frère. La famille de la victime, et la victime elle-même, non-seulement ne portèrent pas plainte, mais encore prièrent ceux qui avaient été témoins de la rixe de ne pas en parler. Mais une lettre anonyme porta, quelques jours après, le fait à la connaissance de la gendarmerie qui fit une enquête et verbalisa. Hier j'ai reçu une assignation à comparaître le 7 décembre prochain par devant MM. les Président et juges du Tribunal de première instance jugeant correctionnellement.

Remarquez bien que je n'ai été commis, ni par ordonnance de M. le juge de paix, ni par ordonnance de M. le juge d'instruction à l'effet de visiter le battu en question et d'indiquer le nombre, le siége et la gravité de ses blessures.

Je ne suis donc assigné que comme simple témoin pour dire ce que je sais. Or, ce que je sais, je ne le sais que comme médecin en qui le battu a mis toute sa confiance.

Je me retranche donc derrière l'art. 378 du Code pénal, qui, non-seulement impose au médecin l'obligation formelle de ne jamais divulguer les confidences qu'il a reçues, mais lui donne encore le droit de refuser de répondre aux questions relatives aux secrets qu'il connait. Bien plus ce droit, comme le dit si bien Chaudey, existe pour le médecin dans les cas mêmes où l'art. 378 ne lui serait pas applicable s'il consentait à répondre.

Je crois donc que, dans le cas particulier qui nous occupe, non-seulement j'ai le droit de ne rien dire à la justice, mais que c'est encore mon devoir de me conduire ainsi, puisque mon client m'a demandé le secret.

Je dis en outre qu'un médecin ne doit déposer en justice :

1° Que pour déclarer ce qu'il sait d'après un examen ordonné par les représentants de la justice qui ont le droit de le requérir ;

2° Que sur l'invitation de son client pour faire obtenir à ce dernier les indemnités auxquelles il a droit.

Est-ce votre avis ?

Recevez, etc. Dr S. Depoux.

Nous avons adressé, en réponse, à M. le Dr Depoux, la consultation si explicite et si lumineuse, relative au secret médical, renfermée dans le dernier *Annuaire de l'Association générale*.

Voici quelle a été l'issue provisoire de l'affaire. Espérons qu'elle est définitive. Nous sommes d'ailleurs à l'entière disposition de notre honorable correspondant.

***

Ce 16 décembre 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai comparu devant le tribunal de première instance de Riom pour déposer.

Avant de prêter serment, j'ai demandé, à M. le Président du tribunal, si c'était comme médecin que j'étais assigné et, après sa réponse affirmative, j'ai fait la déclaration suivante : « Je considère comme confidentiels les rapports qui ont amené à ma connaissance les faits sur lesquels vous voulez m'interroger et je refuse de répondre. » — Le Dr Antoine Depoux, mon père, appelé, comme moi, à déposer, a fait la même réponse.

Le ministère public a demandé au tribunal acte de nos paroles, sous toute réserve de poursuites ultérieures; ce qui lui a été accordé. — Ici se pose la question de savoir si, ma réponse n'étant pas agréée par le ministère public, le tribunal ne devait pas statuer séance tenante? — Le conseil judiciaire du « *Concours médical* » pourrait nous le dire.

Je ne sais si M. X... qui, en remplissant les fonctions de ministère public, s'est acquitté, dans son réquisitoire, de la tâche peu dangereuse de blâmer ma conduite, aura le courage de me poursuivre. Mais il est probable qu'il n'en sera rien.

En tous cas, j'attends. J'ai conscience de n'avoir pas dépassé les limites de mon droit et de mon devoir.

Recevez, etc. Dr S. DEPOUX.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des brûlures par le liniment au sucrate de chaux.

M. Constantin Paul préfère au liniment oléo-calcaire le liniment au sucrate de chaux, dont on étend une couche sur la brûlure et qu'on recouvre d'une couche de coton.

Pour préparer ce liniment, on triture du sucre et de la chaux éteinte en parties égales; puis on ajoute une certaine quantité d'eau peu à peu, de manière à rendre le mélange très liquide. Après quarante-huit heures on filtre. Puis on évapore jusqu'à consistance d'un sirop très clair. On mélange ensuite ce résidu avec parties égales d'un liquide composé d'une partie de glycérine et de trois parties d'huile.

Ce liniment a, sur le liniment oléo-calcaire, l'avantage de contenir une plus grande quantité de chaux sous le même volume.

(*Méd. Prat.*)

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Commission générale des Syndicats

MM. Dr *Barat-Dulaurier*, Vice-Président du syndicat de la Gironde.

Dr *Cassius*, Secrétaire-trésorier du syndicat de Lot-et-Garonne

Dr *Noir*, Président du syndicat de Brioude (Haute-Loire).

Dr *Mignen*, Président du syndicat de la Vendée.

Dr *Marguerítte*, du syndicat du Havre.

Dr *Mignot*, Président du syndicat de la Nièvre.

I

Syndicat de la Circonscription de Rozoy-sur-Serre (Aisne).

Monsieur le Directeur et cher Confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer que notre syndicat est enfin constitué. Nous ne sommes pas nombreux, il est vrai : mais tous nous sommes animés, du désir de marcher résolument dans la voie que nous a tracée le *Concours*.

Nous ferons tous nos efforts pour grossir notre nombre.

C'est par l'union de tous et par des réunions fréquentes que nous pourrons acquérir cette force qui nous manque pour réagir contre tous les obstacles qui nous entourent: pour nous procurer le bien-être et la considération qui nous sont dus.

Ceux de nos confrères, qui n'ont pas pu se rendre à notre réunion, nous ont répondu qu'ils étaient absolument partisans des syndicats. *Nous espérons qu'ils* paieront de leur personne, en nous apportant leur concours actif.

Ceux qui se sont abstenus jusqu'à ce jour ignorent sans doute ce que c'est que la confraternité et ce que l'on peut attendre d'elle? Je dois ajouer que c'est le plus petit nombre; bon nombre de nos confrères nous ont adressé des réponses très courtoises, s'excusant, les uns de ne pouvoir assister à notre réunion préparatoire, par suite d'un sucroit de malades; les autres à cause de leur éloignement. Un seul confrère sur 24, nous a écrit qu'il ne croyait pas à l'utilité des syndicats. Il craint que cette institution fasse double emploi avec l'association médicale. Je n'ai pas à réfuter cette opinion qui ne sera admise par personne, car l'utilité des associations syndicales est démontrée péremptoirement. Du reste rien n'empêche de relier les syndicats aux associations médicales existantes, dont ils seraient le pouvoir exécutif.

En outre, ces réunions locales auront le privilège d'attirer plus facilement les médecins habitant une même circonscription, voisins de clientèle, et désirant, la plupart, avoir de bonnes relations confraternelles. La distance a parcourir étant moindre, ils s'y rendront plus facilement quelquefois en faisant leurs visites et, en tout cas, avec un plus grand ménagement de temps que pour se rendre au chef-lieu des départements, qui est souvent à de grandes distances de nos demeures, comme ici, à 12 lieues.

Notre syndicat porte le nom de *Syndicat médical de la Circonsription de Pozoy-sur-Serre. (Aisne).*

C'est là que dimanche nous avons discuté et rédigé les statuts qui, en grande partie, ont *été puisés dans le Concours.*

La réunion, composée de MM. Richepin *de Tavaure*. — Cury *de Rozoy*. — Bocquet *d'Aubenton*. — Détré *de Fraillicourt*. — Massu *de Roqcuegny*, — Mora *de Brunehamel, tous membres du Concours médical* a nommé *président* du syndicat M. le Dr *Gérard fils* (de Montcornet) et *secrétaire-trésorier* M. le Dr *Mora* (de Brunehamel) qui ont accepté.

Je tiens a féliciter particulièrement deux membres de notre syndicat qui, certainement, ne seront ni les moins actifs ni les moins ardents : M. Gérard qui, par une tempête affreuse, est accouru à Rozoy pour fonder ce syndicat, et M. Richepin de Tavaure qui, ayant dix lieues a faire pour se rendre à Rozoy, est arrivé le premier à la réunion.

Puissent ces exemples encourager les autres!

Les membres adhérents du syndicat sont, outre ceux que j'ai nommés plus haut,

MM. Soye *député de l'Aisne*. — Massul *de Chaumont-Porcieu*. Verjeus *de Sévigny. (Ardennes)*. — Desplous *de Liort (Ardennes)*. — Joffroy *de St-Elme*. — Bocquet *père d'Origny en Thiérache*. — Morache de *Disy-le-Gros*.

Veuillez agréer etc. Dr Mora.

II

Syndicat du Médoc.

Mon Cher Directeur,

Sur *quarante médecins* exerçant dans le Médoc, dix-huit étaient présents à la première séance, et cinq ont envoyé par lettres leur adhésion. C'est le 19 décembre que doit avoir lieu la deuxième assemblée générale pour l'élaboration *définitive* de nos statuts, dont je vous enverrai un exemplaire, j'espère que les sceptiques et les indifférents qui connaissent aujourd'hui notre succès auront à cœur d'assister, à la réunion ou d'envoyer leur adhésion.

Recevez, Dr Dupeu.

Secrétaire trésorier du syndicat.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'externat. —Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé vendredi matin par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite:

1. MM. Moussous, Combarieu, Guilliet, Rousseau, Gaume, Dubreuilh, Bernard, Gay, Léon, Largeau.

11. MM. Denucé, Juranville, Nolat, Rieffiel, Archambault, Moulonguet, Gioux, Cazals, Secrétan, Vignalon.

21. MM. Hillemand, Louis, Wilbian, Blanche, Boiffin, Lacaille, Clado, Mauxion, Fournier, Mouls.

31. MM. Levasseur, Blanchard, Lévy, Pozzi-Couzette, Guinion, Brunon, Winsn, Léonardo, Lapervanche, Récamier.

41. MM. Chopard, Heulz, Couclet, Jonesco, Lepléchey, Tardif, Bonnet (Stéphane), Bezançon, Dubief, Pommé.

51. MM. Castri, Martin, Rebité, Quéhéry, Turquet, Barbet, Boucher, Dhautel, Potherat, Sadoc.

61. MM. Fouliard, Schachmann, Souplet, Louques, Bouquet, (Charles), Lefebvre, Rolland, Leroy, Vilpelle, Ballue.

71. MM. Petrescon, Leclercq, Roulland, Renard, Basset, Rivet, Dubourg, Lyot, Mavel, Legendre, (Paul-Ernest).

81. MM. Broussolle, Peugniez, Villemin, Cahen, Hollenfeltz, Crouslé, Fourrier, Mortringhm, Dezille, Delainne.

91. MM. Cohen, Armirail, Matienzo, Schrœder, Weill, Barrère, Régnier, Laroussinie, Gagnon, François.

101. MM. Pouillaude, Fauvel, Barthe, Chevalier, Pigelet, Bonnet, (Jean-Batiste), Hervé de Lavaur, Sciaky, Rouillard, Vilcoq.

111. MM. Lapasset, de Malherbe, Gommier, Baron, Guerrier, Lecorney, Dupaquier, Massingue, Pardo de Tavera, Beluze.

121. MM. Sombret, Châtelet, Vertheimer, Colin, Sabatier, Riondé, Hautecœur, Bonfils, Loudet, Boudet.

131. MM. Jondeau, Coursier, Conscience, Valette, Galtier-Boissière, Aubert Bourgougnon, Gonzalvi. Lequet. Da Costa, Leide.

141. MM. Maréchal, Boyer, Dubarry, Vrain, Caussade, Brochand, Filhioud-Lavergne, Fernaudez de Amontera, Despaigne, Müller.

151, MM. Doit, Helme, Franck, Marty, Rovillier, Chavanne, Baudouin, Wateau, Baradot, Magnier.

161. MM. Andrieu, Schoofs, Caravias, Jollet, Sainte-Marie, Durup, Péraire, Debaris, Saint-Martin, Lavaur.

171. MM. Pissot, Bouquet, (Henri), Espaignet, Barzélay, Geoffroy, Conil, Arragon, Branthomme, Deschamps.

181. MM. Vrodot, Thévenot, Meritoux, Larroque, Baratier, Artzouny, Macry, Julien, Durand, Gallois.

191. MM. Gaudry, Colantry, Perchaux, Vignerot, Saric, Khokloff, Mouzon, Joffrion et Boullant.

—*Internat en médecine des asiles d'aliénés.* —A la suite d'un brillant concours, les élèves dont les noms suivent ont été nommés dans les asiles d'aliénés du département de la Seine :

Internes titulaires. — 1. M. Heulz; 2. M. Vitault; 3. M. Béraud ; 4. M. Boucher.

Internes provisoires. — 1. M. Gaudry ;2. M. Poumeau ; 3. M. Manière.

Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale, rédigé au nom d'une commission de la société de médecine pratique de Paris, par MM. Ad. Nicolas, Lacaye et Signol et publié par la société de géographie et de médecine pratique de Paris avec le concours des sociétés de géographie de Lyon, Marseille, Bordeaux, Nancy, Rouen, Rochefort et Douai. — Paris : aux bureaux de la Société de géographie.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.